



**Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов“**

**- Варна**

---

---

**Факултет „Обществено здравеопазване“**

**Катедра „Физиотерапия, рехабилитация и морелечение“**

**РЕХАБИЛИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ТАЗОБЕДРЕНО  
ЕНДОПРОТЕЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ**

**д-р Деница Неделчева Гроздева**

дисертационен труд за присъждане

на образователна и научна степен „Доктор“

в област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт, професионално направление

7.1. Медицина, научна специалност „Физиотерапия, рехабилитация и курортология“

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

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

**Варна, 2023 г.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>Въведение</b>	5
<b>I. Литературен обзор</b>	8
1. Тазобедрено ендопротезиране. Холистичен подход към проблема.	8
2. Рехабилитация – същност. Особенности при ТЕПШ. Световен и български опит.	15
3. Качество на живот при ТЕПШ.	33
4. Пациент-центриран подход и ТЕП	44
<b>II. Цел, задачи, предмет и обект на изследването, материал и методи</b>	49
1. Цел и задачи	49
2. Обект и предмет на изследването	50
3. Материал и методи	60
<b>III. Резултати</b>	63
<b>IV. Обсъждане</b>	82
<b>V. Обобщение</b>	96
<b>VI. Изводи</b>	101
<b>VII. Приноси</b>	103
<b>VIII. Препоръки към институции</b>	104
<b>IX. Използвана литература</b>	105
<b>X. Приложения</b>	120

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

<b>ТЕП</b>	Тазобедрено ендопротезиране
<b>ОА</b>	Остеоартроза
<b>ИТЕП</b>	Индивидуално тазобедрено ендопротезиране
<b>КТЕП</b>	Конвенционално тазобедрено ендопротезиране
<b>ТЕПП</b>	Тазобедрено ендопротезирани пациенти
<b>ИЕПП</b>	Индивидуално ендопротезирани пациенти
<b>КЕПП</b>	Конвенционално ендопротезирани пациенти
<b>КОТ</b>	Клиника по ортопедия и травматология
<b>ОФРМ</b>	Отделение по физикална и рехабилитационна медицина
<b>ОР</b>	Отделение по рехабилитация
<b>СБР</b>	Специализирана болница за рехабилитация
<b>ДКЦ</b>	Диагностично-консултативен център
<b>ФТР</b>	Физикална терапия и рехабилитация
<b>ТБС</b>	Тазобедрени стави
<b>ПГ</b>	Подводна гимнастика
<b>КП</b>	Клинична пътека
<b>ДЕЖ</b>	Дейности от ежедневиия живот
<b>ТЕЛК</b>	Териториална експертна лекарска комисия
<b>ДО</b>	Дълбоки осцилации
<b>АУ</b>	Аналитични упражнения
<b>СТ</b>	Суспензионна терапия
<b>ОДА</b>	Опорно-двигателен апарат
<b>ЗОДА</b>	Заболявания на опорно-двигателния апарат
<b>КЖ</b>	Качество на живот
<b>ПЦП</b>	Пациент – центриран подход
<b>КТ</b>	Кинезитерапия
<b>ПНМУ</b>	Проприоцептивно нервнo-мускулно улесняване
<b>ПИР</b>	Постизометрична релаксация
<b>КС</b>	Колянна става

<b>НИМП</b>	Нискочестотото импулсно магнитно поле
<b>УЗ</b>	Ултразвук
<b>ИЧЛ</b>	Инфрачервени лъчи
<b>НЧТ</b>	Нискочестотен ток
<b>ПФФ</b>	Преформирани физикални фактори
<b>ИФТ</b>	Интерферентен ток
<b>4ИФТ</b>	Четириполусна интерференция
<b>2ИФТ</b>	Двуполусна интерференция
<b>ЕС</b>	Електростимулации
<b>ОА</b>	Остеоартрит
<b>ФРМ</b>	Физикална и рехабилитационна медицина
<b>ВАС</b>	Визуална аналогова скала
<b>ММТ</b>	Мануално мускулно тестване

## **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. Психо-социалната компетентност е необходима не само на общопрактикуващия лекар, за да отчете психическите, междучовешките 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 ТЕП 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 – необходимостта от синхронизиране на гледните точки по въпросите за фазите на рехабилитация, въприети от кинезитерапевтичната общност. В изпълнението на тази нелека задача се впитат 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. Литературен обзор**

### **1. Тазобедрено ендопротезиране. Холистичен подход към проблема.**

Тазобедрената става (ТБС) е една от най-заstraшените от травми и дегенеративни промени стави, поради анатомо-функционалните особености, свързани с голямо натоварване. Изчерпването на възможностите на фармакологичната терапия, недостатъчната профилактика и подмладяването на ЗОДА разкриват поставят ТЕП като единствена възможност при пациенти от различни възрасти, а ефективността на интервенцията се повишава и гарантира с налагането на добрите хирургични практики (40). Към днешна дата, ТЕП се счита за рутинна оперативна интервенция, превърнала се в „златен стандарт“ за лечението на остеоартрита. (116, 118, 120). Регистрирана е с непрекъснато нарастваща честота в световен мащаб, а прогнозираният прираст на ТЕП до края на 2030 година се определя на 600 % (103).

Като най-чести причини за тазобедрено ендопротезиране се посочват първичната артрозна болест (коксартроза), фрактурите на бедрената шийка, вродени луксации на ТБС, асептична некроза на главата на бедрената кост (119). Определянето на показанията за ендопротезиране е свързано със субективната симптоматика от страна на засегнатата става и анатомично свързаните с нея структури (болка), силно ограничен обем движения, нарушена походка, затруднени дейности от ежедневиия живот (ДЕЖ). От друга страна, настъпилите структурни изменения, поради дегенеративни процеси в костните структури на ставните партньори са постоянен източник на болка, мускулен дисбаланс и нарушена функция не само на засегнатата става, но на целия крайник и други отдели на ОДА. Това повлиява негативно върху общото физическо състояние и очертава дългосрочна неблагоприятна перспектива за социалната активност. Ето защо ТПЕ се явява единствена възможност за преодоляване на болката, функционалния



дефицит и трайното инвалидизиране. Пациентите съзнателно избират ТЕП с очаквания то да промени изцяло положително тяхното физическото и социално благополучие. (71).

Изборът на метод на ендопротезиране се определя от специалист – ортопед, като невинаги е възможно той да бъде изцяло в отговор на желанията и предпочитанията на пациента. Необходимо е да се съобрази възрастта, индивидуалните особености, икономически фактори и др. В последните години, в наши условия успешно се прилага и развива индивидуалното (неконвенционално ендопротезиране) като възможност, удачна за пациенти в млада, трудоспособна възраст, с високи очаквания към резултатите от интервенцията. Със своите предимства и ограничения, изборът на индивидуално бедрено стебло се явява едновременно предизвикателство за персонализирания подход към пациента и неговото възстановяването, но и катализатор за развитие и усъвършенстване на здравните стратегии и ресурсите на медицинската грижа (41).

В България по-често се практикува конвенционално ендопротезиране, с диференциран избор на оперативен достъп, което заедно с избора на импланти определя поведението на специалистите в периода на възстановяване и поставя някои проблемни въпроси, свързани с интра и постоперативните рискове, ограниченията във възстановяване на биомеханиката и функцията на ставата. Макар по-лесно достъпно, конвенционално ТЕП очаквано не предполага постигане на максимални резултати, но динамиката в развитието по отношение на материалите и имплантите за ендопротезиране налага непрекъснато актуализиране на алгоритъма на поведение с оглед оптимизиране на резултатите (11, 41).

Въпреки че тазобедреното ендопротезиране се счита за успешна интервенция за преодоляване на болката и функционалния дефицит, от гледна точка на холистичния поглед към хроничните инвалидизиращи

заболявания цялостното възстановяване на ТЕП се влияе от множество фактори (58). Изборът на метод за ТЕП (конвенционално или неконвенционално ТЕП) определя до известна степен сроковете на възстановяване и връщане към ежедневна и трудова дейност (34, 40), но систематичният подход към клиничните проблеми на ТЕП, задължително изисква широк поглед от интердисциплинарен екип. Ендопротезиратата става не е биологична и има определен живот. От друга страна, редица усложнения, съпътстващи ТЕП биха могли да протрахираат хода на възстановяването - известно е, че болката продължава да присъства в ежедневието на ТЕП в немалък процент от случаите (84, 133).

Премахването на болката в ТБС посредством ТПЕ често извежда като водещи оплакванията от страна на гръбначния стълб, което би могло да се дължи както на новата биомеханика, променяща натоварването в лумбо-сакрален отдел, така и неакуратна хирургична техника или планиране на метода за ТЕП (110, 114, 115). Една от най-честите грешки, касаещи операцията са свързани с дисфункционално удължаване на крайника, което се посочва като основен отключващ фактор за болка в кръста след ТЕП, поради компенсаторна торзия на сакрума. Нарушенията в постуралния баланс с участието на мозъчната кора могат да са причина за трайно нарушени възприятия и персистиращо усещане за разлика в дължината на крайниците, прогресираща мускулна умора на квадрицепс феморис на подългия крайник, дори при разлика от 10 мм и повече, като и да се наруши функцията на дихателната и сърдечно-съдовата система – негативно повлияване или влошаване на общото здраве и изправя мултидисциплинарни екипи от хирурзи, терапевти и пациенти пред сериозни предизвикателства и усилия за подбръване на живота на ТЕП. (72, 128). Не бива да се подценяват и миофасциалните болкови синдроми, който усложняват комплексния подход към ТЕП, поради множествена локализация на оплакванията и наличието на проведена или рефлекторна болка в ТБС или други отдели на ОДА (70).

Увредата на периферни нерви (n.ischiadicus, n.femoralis, n.cutaneus femori lateralis) също е една от причините за персистираща болка след ТЕП усложнение, което настъпва поради компресия и тракция на меките тъкани по време на операцията или исхемия, или транспозиция (77). Честотата на периферните неврни увреди след ТЕП е ниска, но трябва да се имат предвид и дегенеративните заболявания на гръбначния стълб и междупрешленните дискове, които биха могли да удължат сроковете на възстановване и да възпрепятстват връщането на трудоспособността и ДЕЖ (117), също и нарастващата честота на периферни увреди при използване на минимално инвазивни оперативни достъпи (75).

В първите три месеца до една година след операцията, при по-възрастни пациенти, слабост на съединителната тъкан, предходни оперативни интервенции, в зависимост от хирургичен достъп, позиционирането на компонентите на ендопротезата, напрежение на меките тъкани, опитът на хирурга, неспазване на препоръките за ДЕЖ след ТЕП, може да настъпи луксация ендопротезираната става (0,2– 10 %). Това усложнение е свързано не само с болка, но травмира емоционално пациента и удължаване на периода на възстановяване и връщане към обичайния начин на живот (49,62,78,80,113).

Асептично разхлабване, перипротезни фрактури и периимплантити - ранен (диагностициран до 3-я месец от операцията); латентен (диагностициран между 3-я и 24-я месец) и късен (диагностициран след 24-я месец) са други причини за болка в ендопротезираната става. Перимплантитът се разглежда като фактор, утежняващ цялостната грижа за ТЕП, поставяйки го в зависимост от антибиотичното лечение, съобразно причинителя, резистентността и навременната диагностика. Ефективността на превантивните мерки, срещу ранни и латентни инфекции трудно подлежи на оценка поради сравнително ниската честота и комплексната етиопатогенеза (94).

Справянето с болката е първата и най-важна клинична задача на ТЕП като хирургична манипулция, и на мултидисциплинарните екипи в периода на възстановяване. Болката обикновено се съпътства от страха дали и как пациентът ще се справи в този момент. Следователно, не по-маловажна за цялостното възстановяване на индивида е заобикалящата го *социална среда*, която оказва своето влияние върху процесите на адаптация към наличието на ендопротеза и връщането на пациента към ДЕЖ, работа, хоби, труд, посредством няколко фактора:

*Удовлетвореност* на пациента от здравната грижа, в смисъла не само на достъпа да здравни услуги, но и тяхното качество. Постигането на удовлетвореност на пациента е сложен механизъм, съвкупност от няколко фактора, намиращи се в тясна взаимовръзка. Те биха могли да се представят с пирамидална структура, на върха на която изследователите на проблема, сред които Godkin, 1999 поставя активното присъствие на терапевта във възстановителния процес. В основата стои осъзнаването и признаването на уникалността на индивида, последвана от свързване и усет за личността, преминаване отвъд границите на научното познание, за да се открие точното средство или комбинация от средства, подходящи за конкретния индивид. Воден от тези принципи, терапевтът подпомага създаването и изграждането на доверителна връзка и терапевтичен съюз с пациента, в който той се усеща цялостно обгрижен, а не просто клиничен случай. „Присъствието“ на терапевта допълнително повишава мотивацията и намалява чувството за социална изолация и самота в справянето с проблема (67). Редица автори в опита си да дефинират този феноменален модел на отношения изследват взаимодействието между лекари и пациенти, разработвайки скали за оценка на качеството на живот, депресията и тревожността в болнична среда, но слабо място на повечето е липсата на елемента оценяване на „присъствието“ на терапевта в оздравителните процеси. В подкрепа на горното, Slevin et al,

продължавайки изследователската работа върху връзката пациент-терапевт, установяват значителни разминавания в резултатите при различни терапии. Ролята на терапевта, намиращ се в пряк контакт с пациента в оказваната здравна помощ е утвърдена, чрез задълбочени проучвания на резултатността от работата и компетенциите на мултидисциплинарните екипи (93,105,124).

*Семейната среда и отношения* са другото ниво, на което ТЕПШ, намиращ се в сложна житейска ситуация очаква подкрепа - така, както от обществото и държавата. Ролята на семейството следва да се разглежда най-напред в общочовешки и житейски план. От една страна, защитната функция на семейството се изразява чрез възможността семейната среда подпомага да цялостното функциониране и благоденствие на индивида. От друга гледна точка, разнопосочните и динамични реципрочни взаимодействия в партньорството оказват комплексно влияние върху личността и нейната самооценка за добър живот, отнесено към различни ситуации във времето (8).

Подкрепата от заобикалящата среда може да се категоризира като структурна (интеракция между социални единици – семейство, колеги, приятели, медицински персонал) и функционална, изразяваща се в реална емоционална подкрепа и осигуряване на достъп до информация. Емоционалната подкрепа и грижата от членовете на семейството може да окаже пряко въздействие върху имунната, сърдечно-съдовата, ендокринната системи, което да ускори оздравителните процеси и възстановяването след ендопротезиране (122), както и да повиши мотивацията и желанието на пациента за активно участие във всеки етап от периода до връщането в социума, отчитайки обективно ползата от грижата, не само като преки участници, но като странични наблюдатели на етапите на възстановяване (123).

*Преоперативни мерки* – обучение и рехабилитация на пациентите с оглед благоприятстване на възстановителните процеси и повишаване

мотивацията на пациента за екипна работа с терапевтите са фактор с особено важно въздействие. Световният опит сочи, че предоперативната рехабилитация скъсява болничният престой (19,61,68), докато у нас не се отриват данни за провеждани подобни изследвания.

*Личностни фактори:* пол, възраст, професия, трудова заетост, здравословно състояние, нагласи и очаквания на пациента са неделима компонента от цялостния подход към проблема ТЕП.

Възстановяването след ТЕП е в пряка зависимост от индивидуалните особености на пациента, свързани не само с неговата личност, но и здравословно състояние до момента на хирургичната интервенция. Намирайки се в сложна житейска ситуация, ТЕП очаква подкрепа и съдействие от страна не само на семейството, но и на обществото и държавата, с оглед не само по-бързото му връщане към ДЕЖ, професия и/или хоби, но и профилактика на инвалидизирането. За постигането на така поставените цели е важна както адекватната преценка на подходящия момент от живота на пациента, в който да се осъществи ендопротезирането, така и последващата медицинска грижа. Макар да е доказано, че ползите от оперативно лечение са по-големи при пациенти в трудоспособна възраст (28,42), наличието на придружаващи заболявания от страна на ОДА или други органи и системи неизбежно оказват своето влияние върху времето за възстановяване от една страна, и подбора на методи и средства в отговор не само на нагласите и очакванията, но и съобразно индивидуалното здраве.

Въпреки, че ТПЕ се явява само момент от живота на човека, не бива да се подценява и влиянието на фактори, свързани с работния процес, към който се очаква да се върне възможно най-скоро (статично и динамично натоварване, психосоциални фактори – стрес на работното място, удовлетвореност от работа и отношенията (106). Всеки индивид, има определен потенциал за подобряване на здравето, който трябва да се изследва, съхрани и повиши, за да осигури ефективното му функциониране във всички сфери на живота (телесна, психологична, социална).

Освобождаването на пациента от зависимост улеснява възможността му да живее пълноценно, дори с хронични заболявания. Наличието на едно или повече съпътстващи заболявания изправя медицинските специалисти пред предизвикателството да решават ежедневно проблемите, свързани с функционалните дефицити от страна на ОДА и други органи и системи чрез определяне и изпълнение на методите и средствата при конкретния болен така, че да постигнат положителна промяна във всички сфери на живота на ТЕПП (23).

## **2. Рехабилитация – същност. Особенности на рехабилитацията след ТЕП - световен и български опит. Рехабилитационен екип.**

### **2.1. Рехабилитация – същност.**

Процесът на съчетаване и прилагане на всички медицински средства за ускоряване на лечебното въздействие намира практическа стойност в рехабилитацията. Исторически погледнато, понятието преминава през различно смислово тълкуване – от възстановяване на рицарски права, до съвременното разбиране за възстановяване на предишни професионални и трудови навици и трудови способности, изгубени в различна степен при психични, психо-соматични, сомато-психични заболявания, както и нарушена социална адаптация. Съвременната медицина се развива с идеята за елиминиране на последиците от болестта както близка, така и в далечна перспектива, което е довело до обособяването на самостоятелна интегративна клинична дисциплина – рехабилитация (рехабилитационна медицина) (37,38,83).

Определението на СЗО (1958) за рехабилитация (от лат. *rehabilitas* – повторяемост, възвръщане на трудоспособност) придава пълния смисъл на понятието – „процес, който благоприятства постигането на физическа, психическа, професионална и икономическа пълноценност, в рамките на известния недъг и профилактика на предотвратима инвалидност“.

Изхождайки от потребността за връщане и приспособяване на болния в обществото, социалната реадaptация би могла да се разглежда като

повторно приспособяване на индивида към нови социални условия, нов биоциален статус, породен от наличието на хронично заболяване (Ивков Б, 1983). Следователно рехабилитацията, с основна цел социална рерадаптация е комплекс от мероприятия, подпомагащи постигането на оптимално ниво на функциониране на хронично болните (113).

Комплексната рехабилитация на хроничните заболявания и инвалидността изисква обединяване на усилията на различни специалисти – лекари, рехабилитатори, кинезитерапевти, психолози, юристи, социални работници и др., което определя нейната мултидисциплинарност, обхващаща с следните сфери:

- *медицинска*: своевременна диагностика и терапия на болестта; мероприятия за възстановяване на работоспособността на болните чрез средствата на ФРМ - кинезитерапия, преформираните физикални, балнеологични и климатични фактори;
- *психологическа*: преодоляване на негативните реакции и преживявания, породени от промените в материалния и социалния статус при заболяване;
- *социално-икономическа*: връщане и приспособяване на болния към съответния на професионалната му квалификация труд или преквалификация;
- *юридическа*: трудово-правна консултация, защита правата на хората с увреждания (9).

***Рехабилитацията в медицинската сфера*** е с насоченост към диагностика, лечение и предотвратяване на болестта. *Целта* на медицинската рехабилитация е възстановяване на функциите на засегнатите орган или система, физическото и психическото здраве, за да се подобри социалното функциониране на човека, ключително възстановяване на трудоспособността му. Комплексните действия на медицинската



рехабилитация са насочени към: възстановяване на нарушена функция; превенция и профилактика и на усложненията и рецидивите на заболяването; подобряване на общия физически тонус чрез подобряване функцията на всички системи и повишаване адаптационните възможности на организма (132).

*Задачите* на медицинската рехабилитация са свързани с ускоряване на оздравителния и възстановителния процес (пълно или оптимално възстановяване) с оглед връщане към нормален живот на хората с временни или трайни увреждания и подпомагане на ангажирането им на пазара на труда и осигуряване на независимост в ДЕЖ.

*Принципите* на медицинската рехабилитация са:

- ранно начало, за преодоляване на двигателния дефицит, ускоряване на възстановяването, намаляване на смъртността от усложнения; комплексност: оценка на холистичното здраве, вкл. интелект и особености на личността, трудови навици, професионална квалификация и трудов път, социална среда, за да се планира в реални граници предстоящата ресоциализация;
- системност и планомерност на приложение на средствата за рехабилитация в различните етапи на лечение (стационарен, амбулаторен, домашен);
- индивидуален подход: изготвяне на и прилагане на рехабилитационна програма, включваща медицински и социални дейности, съобразени с индивидуаланото състояние и на насочени към възстановяване способността за извършване на ДЕЖ и връщане на досегашната работа, трудоустрояване на същата работа или преквалификация. Медицинската рехабилитация или възстановително лечение (Разньѝцин, 2002) е сложен процес, в резултат на който у болния се

създава активно отношение към нарушеното здраве и се възстановява положителната нагласа към живота, семейството и обществото (29, 46).

*Трудотерапията (ерготерапията)* е дял от медицинската рехабилитация и представлява метод на лечение чрез движение, при който се прилага специално подбрана според заболяването и индивидуалното моментно състояние на болния, целенасочена трудова и умствена дейност. Основна цел на трудотерапията в рехабилитационния процес е съкращаване на срока на временната неработоспособност, обучение на болния в дейностите от ежедневието, връщане към трудово-професионална дейност. Трудотерапията отвлича вниманието на пациента от проблема му и го фокусира върху резултата от извършената работа, оказва благоприятно въздействие върху физическото възстановяване на болния, увеличава обема на движение в ставите, подобрява нервно-мускулната координация, укрепва психиката. Чрез ерготерапията не само се отвлича вниманието от болестта, но се подпомага емоционалното изразяване и творческата нагласа на личността така, че изграждайки умения, да се адаптира към състоянието на временна неработоспособност и да се подготви за връщане към обичайните ДЕЖ и професия (6,44).

Основните *принципи на трудотерапията* могат да се групират по следния начин:

- максимално ранно включване на трудотерапевтични дейности в лечебния и рехабилитационния процес;
- достъпност на трудотерапевтичните дейности според степента и вида на увредата; насоченост към възстановяване на битовите и трудови навици на болния;

- индивидуален подход в избора на трудотерапевтичните дейности за конкретния болен – удовлетворяване на неговите предпочитания или хоби; целенасоченост в провеждане на трудотерапията.

По своята същност трудотерапията бива функционална (възстановителна), с насоченост към възстановяване функцията на засегнатата част от тялото; професионално – ориентирана и занимателна (15,44).

***Рехабилитацията в психологическата сфера*** има за цел преодоляване на негативните психологични реакции на болния, породени от болестта и нейните последици върху материалната и професионалната сфера от неговия живот. *Задачите* на психологичната рехабилитация са подпомагане на психологичната адаптация към новата ситуация, предизвикана от заболяване си, предотвратяване и повлияване на трайните патологичните промени в психичната сфера. Основните методи са психотерапевтичните техники на въздействие и фармакотерапията, но медицинската рехабилитация също си поставя за цел подобряване на психоемоционалния тонус чрез въздействието на естествени и преформирани физикални фактори, балнеофактори, кинезитерапия. Възстановяването на работоспособността е не само стремеж болният да се върне към предишното си състояние, но и да се разгръщат и развиват оптимално неговите физически и психически способности, за постигане на самостоятелност и независимост в ежедневието си, връщане на досегашната работа или преквалифициране за трудова заетост в друга професионална област (26,31,32).

***Рехабилитацията в социално-икономическата сфера*** включва образование, заетост, функциониране в семейна среда, социална реализация, като показатели за ефективност и ефикасност на съответните политики и мероприятия с насоченост към благополучие на индивида. В икономическия си аспект социално-икономическата рехабилитация включва осигуряването на финансова помощ (пенсия, технически помощни средства, целева помощ и

т.н.) и социално обслужване (социална кухня, доставка на лекарства, продукти, потребими вещи, съдействие за получаване на медицински и правни консултации) (26). *Целите* на тази рехабилитация са: рекреация, реинтеграция и ресоциализация (2). Чрез рекреацията (обновяване) болният в състояние на пасивност, физическа и социална неактивност, се стимулира да възобнови активните ежедневни дейности в собствена среда. Терминът рекреация е въведен през 60 –те години на миналия век, като сборно понятие, обобщаващо проблемите и възможностите за възстановяване на здравето на работещите. В последните десетилетия рекреацията придобива нов смисъл и се свързва с цялостния подход към здравето и ресурсите на различните холистични оздравителни системи за подобряване на био, психо и социалните сфери на живота. В съображение влизат възможностите за пътуване и туризъм, физически занимания на открито, спорт, рехабилитационни, уелнес и спа процедури, санаториално лечение, неконвенционални методи за въздействие върху здравето (акупунктура, ароматерапия и др). Основната идея на рекреацията е чрез комплекс от посочените мероприятия да се постигне хармонизиране на тялото, духа и емоциите; да се подобри адаптацията и устойчивостта и саморегулацията на организма; да се подобри функцията на отделни органи и системи в тяхната физиологична съвкупност; да се повиши информираността на индивида и обществото; да се стимулира собствената мотивация за промяна в начина на живот. Изпълнявайки горните цели, рекреацията обуславя и благоприятства – връщането и функционирането на човека в обществото (реинтеграция), а на следващия етап - ресоциализация, се опосредства възстановяване на нарушените взаимоотношения и взаимовръзки на болния със заобикалящата го макро- и микросредата (4,10,17,53).

Необходимите дейности за реализиране на социалната рехабилитация на човека с неработоспособност поради заболяване са свързани с реализиране на проекти и осигуряване на трудова заетост на лица с трайни увреждания;

разработване и усъвършенстване на действащата нормативна уредба на рехабилитацията на хроничната болест; формиране и поддържане на позитивна нагласа у болните; законосъобразно предотвратяване и преодоляване на проявите на дискриминация спрямо лицата с увреждания. *Задачите* на социалната рехабилитация са свързани със съдействие и оказване на помощ в социалната адаптация и възстановяване и развиване на комуникативните умения на болния с цел преодоляване на социалните бариери и изолация. *Принципите* на социалната рехабилитация са: равнопоставеност и липса на дискриминация в обществото; участие на хората с увреждания в организацията на социалните служби; формиране на социалната политика; непрекъснатата връзка със социалната среда, подкрепа на семейството и съхраняване на семейната среда (24,26,31).

*Рехабилитацията в юридическата сфера* има за цел запазване на човешките права на хората с увреждания – достъп до здравни услуги и трудово-правни консултации; разработване на нормативни актове с участието на хората с увреждания и техните неправителствени организации. На основание експертното решение от териториално експертните лекарски комисии, човекът с инвалидност търси и очаква реализация на своите права от всички институции, които имат отношение към процеса на комплексната рехабилитация (25,26).

Био-психо-социалният подход към болестта, утвърден от съвременната наука изисква интегративност в диагностиката, лечението и превенцията така, че да се съчетават и взаимодействат синергично с рехабилитацията, за подобряване на социалните функции и връщане на пазара на труда. Задължителният холистичен подход към пациента почива на комплексната оценка, която включва анализ на телесните функции (болка, обем движения, двигателен дефицит, нарушения в координацията), активности (ДЕЖ, ходене и походка, транспорт), личностни фактори (пол, възраст, отговорност към собственото здраве, полиморбидност), околната

среда (семейство и приятели, работно място, здравни услуги, отношения в социума) и активното участие на пациента (семейни отношения, почивка, социален живот). Измерването на човека с хронично заболяване като цялостно функциониране, а не единствено и само като медицинска диагноза, дава възможност загубата на работоспособност и нейното отражение върху психичната и социалната сфера от човешкия живот да получи реална оценка, съгласно принципа „рехабилитация-интеграция-връщане на пазара на труда“ (13,14,16,26,44).

Дейностите на Физикалната и рехабилитационна медицина са приложими при всички заболявания, с особен акцент към хроничната болест, която може да доведе до инвалидност и трайно намалена или загубена работоспособност (81,112). В този смисъл в Международната класификация на функционирането (ICF) рехабилитацията се разглежда като здравна стратегия, която има за цел да даде възможност на хората с увреждания да участват активно в дейностите по комплексна рехабилитация за да постигнат оптимално възможното социално включване и промяна в качеството на живот (69).

## **2.2. Особенности на рехабилитацията след ТЕП - световен и български опит. Рехабилитационен екип. Пътят на ТЕПП. Ресурси на рехабилитацията след ТЕПП.**

Необходимостта от адекватна и навременна медицинска рехабилитация при ТЕПП се изтъква все по-често, от една страна поради факта, че ТЕП е голяма и болезнена оперативна интервенция (64,107) и от друга, поради необходимостта от връщане на ТЕПП към обичайния им начин на живот, съгласно общите принципи на рехабилитацията. Още през 1990 година Хенрик Кехлет създава и въвежда ускорена възстановителна програма Enhanced recovery after surgery (ERAS) в гастроинтестиналната хирургия. С оглед редуциране на травматичния момент от оперативната интервенция и предпазване от усложнения, програмата включва серия от комплексни

преоперативни и постоперативни мерки, включително и рехабилитация, индивидуално адаптирана към пациента и неговите потребности (96). След серия проучвания на възможностите за скъсяване на болничния престой и ранната (дори на същия ден след ТЕП) дехоспитализация, в световната практика все по-често се прилага ранно вертикализиране на мобилизиране на ТЕПП – нар. fast track protocol (129). който изисква както задължителна преоперативна подготовка (информираност, обучение и рехабилитация на пациента, адекватна антитромботична терапия) , така и подходящ набор от методи и средства за преодоляване на болката, отока, мускулната хипотрофия и ограничения обем движения в ендопротезираната става с оглед по-бързото цялостно функционално възстановяване на пациента и връщането му към ежедневие и работа (58,104,134). Известни са редица протоколи за рехабилитация в ранния постоперативен период, периода след свалянето на конците, и в последващата една година. Някои автори разделят етапите на рехабилитация на ранен (2-12 постоперативен ден, късен (стационарен) - болнична рехабилитация след 45-я постоперативен ден, и късен (амбулаторен) 4-6 месеца след ендопротезирането (19). В Българската кинезитерапевтична практика се среща диференциране на етапите според степента на натоварване: максимално протективна (1-12/14 постоперативен ден, до сваляне на конците), умерено протективна (12-14 ден – до втория месец), минимално протективна (период на адаптация – до 6-я месец), тренировъчен период (6 месец – до 2-та година, в зависимост от вида на ендопротезата (50,51). Ускорената рехабилитационна програма, с дву и трикратно приложение на кинезитерапевтичните средства и трениране на ходене с натоварване на първия ден от операцията, упражнения без ограничения в обема на движения в ТБС скъсява болничния престой, подобрява обема на движения (абдукция) и силата на абдукторите на ТБС, сравнено с конвенционалната рехабилитационна програма, включваща трениране на ходене от втория постоперативен ден и щадяща кинезитерапия.

Това провокира редица автори да препоръчват утвърждаването на

ускорените рехабилитационни програми и налагането им в практиката при работа с ТЕПІ (92,95,96,98). Оценката на ефективността на fast-track протокола по отношение на постоперативните усложнения, реоперациите, рехоспитализациите и функционалното възстановяване една година след ендопротезиране поради нетравматични причини, дават основание на някои изследователи да смятат, че той трябва да се приеме за златен стандарт в рехабилитацията на ТЕПІ (63).

Наблюдаваното диференциране на рехабилитационния подход от страна на кинезитерапевтичната и физиотерапевтичната практики насочва вниманието към рехабилитационния екип. Специалността ФРМ, съществуваща в България и някои европейски държави, изучава и изследва не само възможностите на рехабилитация с нейните методи и средства за въздействие върху организма, с настъпващите физиологични промени. Неин предмет са още цялостното функциониране на пациента, и качеството на живот и пациент-центрирания подход към структурно и функционално възстановяване. Следователно, лекарят – специалист по ФРМ притежава следните компетенции:

- оценка на общото състояние, медицинска диагноза;
- научно-изследователски опит в сферата на доказателствената медицина
- оценка на функционалния капацитет;
- оценка на психо-социалните фактори;
- контрол и проследяване на рехабилитационния процес;
- сътрудничество с други специалисти;
- комуникативни умения;
- познания за социално-икономическите аспекти на хроничната болест, инвалидността и рехабилитацията;



- изготвяне на рехабилитационна програма;
- оценка на резултатите от проведеното лечение и рехабилитация

Ефективността на рехабилитацията е резултат от коопериране между лекаря – специалист по ФРМ и компетентни лица, ангажирани пряко в различните етапи на възстановяване – КОТ, ОФРМ, СБР, доболнична помощ, домашна грижа. След ТЕП пациентите провеждат ранна рехабилитация от първия постоперативен ден в КОТ, където важна роля за контрола и изпълнението на рехабилитационната програма имат кинезитерапевтът/рехабилитаторът. При дехоспитализацията на пациента (КП е с продължителност 6 дни) се изготвя КТ и ерготерапевтична програма за изпълнение в домашни условия, заедно с насоки и указания за изпълнението ѝ, а контролът над процеса се поема от семейството и близките. Възможно е ТЕЕП да бъде насочен от оператора за рехабилитация по КП в стационар – ОФРМ или СБР. Тъй като организацията на прием на пациенти за болнична рехабилитация след ТЕП все още не е синхронизирана на национално ниво, при липсата на консенсус по отношение на стратегията за провеждане на рехабилитационните мероприятия, в голяма част от случаите пациентът сам търси болница или отделение, където да бъде хоспитализиран за ранна рехабилитация. Липсата на яснота и алгоритъм на поведение поражда несигурност и колебания у пациента и неговото семейство при вземане на решение кога и къде да бъде проведена рехабилитацията – в домашни, амбулаторни или стационарни условия. Изборът е оставен изцяло на пациента, при недостатъчна информираност за целта, и ползите от ранната рехабилитация. ТЕПП има правото да се възползва от болнична рехабилитация два пъти годишно в рамките на една календарна година след оперативната интервенция – НЗОК заплаща 7 дневен болничен престой по диагноза.... Ресурсите на КП могат да се усвояват както в болница за активно лечение, така и в специализирана болница за рехабилитация. Към индикациите за хоспитализация (пациенти, претърпели

алопластика) са добавени и случаите, в които липсва достатъчен ефект от провежданата рехабилитация в извънболнична среда, по направление от наблюдаващия ортопед-травматолог и специалист ФРМ.

Съобразно диагностично-лечебния алгоритъм, указан в КП, специалистът по ФРМ извършва клиничен преглед с включен общ локален статус и оценка на рехабилитационния потенциал, базирана на функционалната оценка. Въз основа на данните от анамнезата физикалния преглед и наличната медицинска документация, приемащият лекар изготвя индивидуална рехабилитационна програма, съдържаща конвенционални и специализирани методи и средства на ФРМ.

Терапевтичните дейности по КП 265 обхващат широка гама от конвенционални и високо-специализирани методи, указани в медицинския стандарт на специалността. В изпълнение на основните задачи във възстановителната фаза (постоперативно) – осигуряване на максимално функционално възстановяване и ефективна ресоциализация се припокриват приоритетите на ФРМ и медицинската рехабилитация. Освен за целите на терапията, специалистът по ФРМ съчетава и комбинира разнообразието от ФФ и кинезитерапевтични методи и средства в отговор на потребността от цялостно психо-социално възстановяване и/стабилизиране на пациента. За постигането на тези цели влиза в съображение не само индивидуалният подход, но и диференцираният подбор на средствата, включени в индивидуалната рехабилитационна програма, съобразена с особеностите на пациента, етапа на възстановяване, преморбидното състояние, нагласите и очакванията на пациента (35,48,126).

В последните години, в съответствие със световните и европейски стандарти, у нас бе възприето понятието физиотерапевт, обединяващо специалистите от две направления - медицинска рехабилитация (ерготерапия) и кинезитерапия. В съответствие с медицинския стандарт по ФРМ те заемат своето място в ДКЦ, ОФРМ или СБР, КОТ или

рехабилитационни центрове (5). Ролята на кинезитерапевта е да изготви персонална кинезитерапевтична програма, като част от индивидуалния рехабилитационен, да следи пряко за изпълнението ѝ във взаимодействие с пациента и неговото семейство, да даде прогноза, заедно със специалиста по ФРМ, да оценява резултатите от провежданата рехабилитация. От изключителна важност за ефективността на рехабилитацията е обучителната функция на тези специалисти, не само в смисъла на методични указания, контрол и обратна връзка, но и мотивацията на пациента, като резултат както от отношението към собственото здраве, така и от степента на удовлетвореност от работата на кинезитерапевта като комплекс от мероприятия за подобряване на двигателната активност и благоприятно въздействие върху психологическите аспекти на здравето.

Същественото значение на ролята и мястото на кинезитерапевта в процеса на възстановяване е проблем, който, макар и широко застъпен в медицинските практики по света и у нас, поражда някои въпроси, що се касае до оптимизиране на рехабилитацията в отделните етапи. Последните проучвания, проведени у нас очертават пътя на ТЕПП с начало КОТ, където се провежда ранна постоперативна рехабилитация – 2-12-ти следоперативен ден. Следващият период обхваща 13-45 ден след ендопротезирането, с приоритет на домашната рехабилитация. В деня на изписването, пациентът получава листовка с указания за изпълнение на кинезитерапевтична и ерготерапевтична програма (18). Въпреки, че домашната обстановка създава благоприятна психо-емоционална среда за ТЕПП, и стимулира активното му участие в изпълнението ѝ, съществуват някои бариери, произтичащи, свързани с липсата на финансиране на рехабилитацията в домашни условия. Необходимо е да се вземат под внимание някои основни детайли - кой и как контролира този етап от рехабилитацията, следи за обратна връзка и при нужда адаптира индивидуално изготвената програма, достатъчно добре ли са обучени пациентът и неговото семейство, необходимо ли е пациентът да

посещава/да бъде посещаван от специалист с оглед изграждане и поддържане на терапевтичния съюз терапевт-пациент-семейство (36,41).

По последни данни, описани до момента в литературата, специалисти по ФРМ у нас предлагат домашната рехабилитация да бъде последвана от болнична – след 45-я ден. През този период се очаква, че в резултат на приложената рехабилитационна програма са възстановени независимостта, самообслужването, локомоцията и психо-емоционалният тонус на пациентите. Поставят се нови цели, които да бъдат изпълнени в стационарна среда, а амбулаторната рехабилитация се препоръчва в късния постоперативен период (4-6 месеца след интервенцията) (18). В условията на финансиране от НЗОК е застъпен моделът за амбулаторна ФТР в рамките на 20 процедури за терапевтичен курс, които могат да бъдат разпределени в 10 дни или 7 процедурни дни (35). Заложена перспектива на този модел се ограничава от силно намалените възможности за съчетаване и комбиниране на методи и средства на физикалната медицина, без пациентът да заплаща допълнително за това. Повторните курсове и/или препоръките за болнична рехабилитация при недостатъчен ефект се явяват компенсаторен механизъм в системата на доболничната помощ и позволяват усвояване на ресурсите на климатичните и балнеоложки ресурси на рехабилитацията у нас по две направления – НЗОК и Програма Профилактика и рехабилитация, финансирана от НОИ.

Макар в България да е наложено поэтапното разпределение на рехабилитационните грижи, биха могли да се посочат някои нерешени проблеми, касаещи организацията, броя и продължителността на хоспитализациите по клинична пътека, мястото и ролята на домашната рехабилитация и ефективността на мултидисциплинарния подход.

В последните 2 години, у нас се дискутират възможностите на дистанционния модел на рехабилитационни грижи – телерехабилитация в домашна среда, което разкрива нови хоризонти и предизвикателства пред

рехабилитационните екипи. Въвеждайки ТЕП в еднокласната хирургия (особено при липсата на коморбидност) и налагайки ускорените рехабилитационни протоколи в добрите медицински практики, световната наука резонно изследва ефективността и ефикасността на телерехабилитацията и изпълняването на рехабилитационните програми извън контрола на терапевта (73,116). Макар да се потвърждават хипотезите, че телерехабилитационните програми не отстъпват на индивидуалната рехабилитация (130), първите са приложими при много възрастни пациенти, трайно инвалидизирани или в периода на изчакване за провеждане на рехабилитация в амбулаторни или стационарни условия. От друга страна, реимбурсационните механизми в някои държави позволяват участието на болничната помощ в ранната рехабилитация на ТЕПП, което дава възможност за по-пълноценна и комплексна рехабилитационна грижа в рамките на първата година след оперативната интервенция. За изграждането на ефективно работещ в тази насока механизъм е необходимо изясняване мястото на телерехабилитацията във възстановяването след ТЕП и основните принципи на организация и подход към пациентите, за да се отговори на потребностите им (43).

Световният опит сочи, че подборът на методи и средства за рехабилитация на ТЕПП почива на доказаната ефективност на кинезитерапията - хидрокинезитерапия (ПГ), велоергометър, трениране на ходене, упражнения за раменен пояс, спортове и елементи от спортове, с приоритет на ускорената рехабилитационна програма и ранното включване на ПГ (15-30 ден) за промяната в качеството на живот (КЖ) на ТЕПП (100,109). Преформираниите физикални фактори и електролечението не се прилагат широко в световната практика (60). За тази цел ранната постоперативната рехабилитационна фаза се нуждае от физикално средство едновременно с висока терапевтична ефективност и щадящо биологично въздействие върху тъканите, особено при наличието на импланти.

Иновацията в електролечението в лицето на патентования метод DEEP OSSCILATION®, базиран на щадящо електромеханично въздействие в дълбочина позволява аплициране в ранния следоперативен период в ортопедичната практика, в т.ч и след ставно ендопротезиране като средство за справяне с острата болка и отока, превенция на дълбоките тромбози и ускоряване зарастването на оперативната рана (21). Проучвайки опита в световен мащаб, наши изследователи прилагат метода на ДО в ранната рехабилитация на колянно ендопротезирани пациенти и отчитат значително редуциране на отока, болката и възпалението, а като краен резултат – подобрена функция на ендопротезирания крайник (4,127).

Изхождайки от принципите за комплексност на рехабилитационната програма, досегашният българският опит е утвърдил съчетаването на кинезитерапевтични средства с физикални фактори в рамките на унифициран рехабилитационен протокол. По литературни данни, отразяващи българския опит до момента, стандартният рехабилитационен подход програмата включва приложение на НИМП (16000А/м) и ИФТ 90-100 Хц+1-100 Хц, локално върху ставата; ЕС на квадрицепс феморис с правоъгълни импулси, при честота 50 Хц, съотношение импулс: пауза 1ms/19ms, групови модуляции, в съчетание с изометрични упражнения за м.квадрицепс феморис, изотонични упражнения за глутеалната мускулатура, аналитична гимнастика за горни крайници и коремна мускулатура, дихателни упражнения, постизометрична релаксация (ПИР); упражнения с уреди и на уреди за поодбръвяване обема на движения в ТБС и КС; упражнения за равновесие и координация, при максималено допустим обем 90 градуса за флексия и 10-15 градуса за абдукция (аддукция и ротации са забранени; обучение в ДЕЖ. Трениране на ходенето се извършва с постепенно натоварване на оперирания крайник, при продължително използване на помощни средства, в зависимост от вида на ендопротезиране.

Пълно натоварване се препоръчва след 4-6 седмици за циментираните и след края на втория месец при нециментираните протези. В ранния постоперативен период, по време на хоспитализацията в клиника по ортопедия и травматология (КОТ), наши автори разработват комплексна рехабилитационна програма, съчетаваща изопланарна интерференция, ЕС и кинезитерапевтичен комплекс. Отчитайки значително подобрение в показателите за функционална оценка (ММТ, гониометрия), сравнено с пациенти, провеждали КТ и ерготерапия, те заключават, че този факт е свързан с прилаганите допълнителни терапевтични фактори, повлияващи в значителна степен различните елементи от цялостното възстановяване на пациентите, като болева симптоматика, мускулна сила, мускулен баланс, походка, ползване на помощни средства и ДЕЖ (1,19,86).

В последващия период на ранна домашна рехабилитация, се прилага комплексна кинезитерапевтична и ерготерапевтична програма, изготвят лекар-специалист по ФРМ, със съответните писмени указания за пациента за изпълнение на позиционно лечение, изометрични упражнения, активни упражнения за горни крайници, раменен пояс и контралатералния крайник (19).

В редица случаи обаче, пациентите се чувстват по-сигурни и уверени в присъствието на кинезитерапевт или неговото участие се препоръчва от специалиста по ФРМ или оператора. Компетенциите на кинезитерапевта позволяват да адаптира КТ програма, съобразно вида ендопротезиране и индивидуалите особености и нагласи на пациента (40).

Разглеждайки настоящите особености на рехабилитация при конвенционално и неконвенционално ендопротезиране се откриват и потребностите от преразглеждане на етапите на възстановяване със съответните методи и средства. От особена важност за функционалното и цялостно възстановяване е не само преценката на необходимостта от ранна рехабилитация, но и потенциалната ефективност на разширена рехабилитационна програма с насочено комплексно и синергично

въздействие върху други отдели на ОДА, намиращи се в патокинезиологична и функционална взаимовръзка помежду си и с ТБС.

Кинезитерапевтичният опит в ТЕПП индивидуализира подхода в зависимост от вида ендопротезиране (циментно, безциментно, хирургичния достъп и модификациите му) (41, 50, 51). Спазването на ранните ограничения в обема на движение (абдукция до 15 градуса, флексия до 90 градуса ограничаване на ротациите), обучението в правилни ДЕЖ и ходене са основни принципи, които е необходимо да се спазват с оглед редуциране на риска от усложнения, гладкото и бързо възстановяване. Индивидуалното ендопротезиране позволява ранно натоварване с тежести и фитнес рехабилитация, за разлика от конвенционалното, където са налице ограничения за ускореното разширяване на КТ програмата. При всички случаи се препоръчва включване на активна кинезитерапия след сваляне на конците. КЕПП е добре да бъде обучен в ходене без помощни средства до около 40-я ден. Подобряването на фазите на ходене е индикация за надграждане на КТ комплекс с улеснителни техники, аквагимнастика и др, фитбол при работа в малки групи с цел стимулиране на пациентите подобряване на собствените резултати и повлияване на самочувствието (41) Разнообразието от възможности на КТ позволява те да бъдат комбинирани и съчетавани оптимално за постигане на поставените цели и задачи.

Съвременният поглед на кинезитерапевта, синхронизиран с бързия ход на развитие на оперативната хирургия и ендопротезирането налага разширяване на подхода с допълване и актуализиране на КТ програма на всички етапи от възстановяването. За тази цел в българската КТ практика се налагат ранното вертикализиране от страната на оперирания крайник и обучение в ходене, слизане и качване по стълби преди изписването от КОТ, ранно включване на активна кинезитерапия и упражнения срещу съпротивление.

Последните няколко години са период на динамика за българската кинезитерапевтична практика с тенденцията за придържане към



препоръките за утвърждаване на ускорената рехабилитация като златен стандарт в рехабилитацията на ТЕПШ. Това поставя за решаване някои проблеми, касаещи контрола на болката в периода на рехабилитацията в болнична среда и подхода при пациенти с придружаващи заболявания и множество оплаквания от страна на ОДА. За постигането на поставените цели при конкретния болен, с оглед бързото му функционално възстановяване и връщане към ДЕЖ, професия и хоби, е необходимо индивидуално адаптиране на рехабилитационната програма, съчетаваща преформирани физикални фактори, с щадящо действие в ранния следоперативен период с кинезитерапия. Очертава се необходимостта от единомислие на специалистите от рехабилитационния екип по въпросите за иновативен и актуален подбор на средства както в ранния постоперативен период, така и в следващите етапи на възстановяване. От друга страна, същността на многопластовата рехабилитация, като необходимост за повлияване на всички сфери на живота, предполагат цялостен, комплексен поглед към възможностите за оценка и проследяване на динамиката в неговото качество. Неизяснени и недостатъчно проучени у нас остават и проблемите за оценката на ефективността на рехабилитацията на всеки етап от гледна точка на пациента и неговото участие в процеса на възстановяване.

### **3. Качество на живот – изясняване на понятието. Качество на живот при ТЕПШ. Инструменти за оценка на КЖ при ТЕПШ. Пациент-центриран подход.**

За разрешаване на проблемите в терапевтичния подход към пациенти с ТМН, е необходим поглед върху понятието качество на живот (КЖ) в ролята му на средство за оценка на ефективността на грижата за здравето. Много автори я разглеждат степента на удовлетвореност на пациента от здравните услуги, като единственият специфичен критерий за оценка на качеството на получените грижи, въпреки субективизиране на преценката , (38,52,66,101).

КЖ на индивида се определя от една страна от културалните особености на средата, която обитава, неговата ценностна система, очаквания, цели, проблеми, и от друга - взаимодействието на тези фактори с телесното здраве, психологическото състояние, отношенията с обкръжението [WHOQOL group, 1993]. Концепцията за КЖ води началото си от 1947 г, когато СЗО отправя поглед към ролята и значението на субективните преживявания на пациента в определението си за здраве – „здравето е не просто отсъствие на болест, а състояние на пълно физическо, социално, психическо благополучие“ [WHO, 1947].

С развитието на медицината и увеличаване на възможностите ѝ за контрол на острата симптоматика, нараства делът на хроничните заболявания. Тъй като при тях възможностите за пълно излекуване са силно ограничени, целта се фокусира към подобряване на функционирането и благополучие на пациента в трите сфери на неговото съществуване – телесна, психическа, социална. С това се повишава интересът и необходимостта от реализиране на идеята за обективна оценка на отражението на болестта върху живота на болните [Karnovsky et Burchenal, 1949].

Началото на стремежа към многопластовия подход и цялостното, холистично възприемане на индивида в състояние на здраве и болест е поставено през 1980 г. [DSM-III, 1980]. В отговор на потребността от холистичен подход към пациента, медицината се изправя и пред проблема полиморбидност (ПМ). Началото на концепцията за ПМ се поставя през 70-те години на миналия век, и в последните години се превръща в обект на множество научни изследвания от международни екипи. Целта на нарастващата научно-изследователска дейност е да се дефинира понятието ПМ, като се вземат под внимание и факторите, оказващи влияние върху тежестта на хроничните заболявания. Ефектите на ПМ върху общото здраве

и КЖ могат да се засилват или отслабват, поради двупосочното въздействие на фактори от страна на медицинските специалисти и на пациента.

Като резултат от задълбоченото изследване на проблема, понятието „полиморбидност“, се разглежда като комбинация от хронично заболяване с най-малко още едно остро или хронично заболяване, или свързан или не със заболяването био-психо-социален или друг соматичен рисков фактор. ПМ може да доведе до недостатъчен терапевтичен ефект, снижено качество на живот, дори инвалидност. В тази връзка, от особена важност за холистичния подход и оценката на ПМ са тежестта на заболяването, икономическият аспект, изразен в консумацията на здравни грижи, и изходът от заболяването. Фактор с особено важно значение е и собствената стратегия на пациента за справяне с проблема [Милева Д., 2013], [Le Reste, 2013], [Aldric, 2015].

КЖ е проблем, придобил голяма актуалност в последните десетилетия, поради необходимостта от преразглеждане на концепцията за генералност и многопластовост на понятието. Наложеният модел на КЖ представлява съвкупност от обективни и субективни индикатори, различни сфери от живота и ценностната система на индивида. Подходът към изследването и анализирането на КЖ варира от измерване на общественото благополучие, до специфична оценка на различни ситуации при отделни индивиди или групи от хора (38). В последните десетилетия хроничните заболявания и полиморбидността вземат превес над острите състояние и разкриват необходимостта от продължителни и комплексни здравни грижи (97).

Понятието полиморбидност се дефинира като наличие на две или повече хронични заболявания, които повлияват общото здраве на индивида.  
(54)

Възприемането на био-психо-социалния модел на възникване на хроничните заболявания провокира множество изследователи в посока изясняване ролята на КЖ в оценката на работата на здравната система. Към днешна дата, в резултат от дългогодишни изследвания, КЖ се използва като критерий за оценка на ефективността от рехабилитационните програми, с оглед проследяване на социалното функциониране на хронично болния и осигуряване на независим живот чрез предовратяване на инвалидизирането. Въпреки многобройните дефиниции (38), всички автори са единодушни, че субективната оценка на КЖ надеждно отразява функционирането на индивида в социума и с основание се е наложила в практиката като метод за измерване на субективното благополучие, в отговор на въпроса как всеки човек сам оценява собственото си физическо и психично здраве, намирайки се във взаимоотношения със заобикалящата го среда (социума).

Известно е, че хроничната болест, променяйки физическото и психичното здраве, повлиява всички сфери на живота и влошава КЖ на индивида (22). ТЕП извежда пациентът страдащ от хронично, инвалидизащо заболяване в ново състояние, отново свързано с невъзможност за ДЕЖ, временна или трайна неработоспособност, социална изолация и снижен психоемоционален тонус. От една страна – поради физическата болка, силно ограничената функция в ендопротезираната става, наличието на други хронични състояния, с отражение върху възстановяване на походката и цялостното функциониране, и от друга – поради страха от неизвестното по отношение на сроковете на възстановяване и постигане на социалната адаптация и независимост, доколкото този процес зависи от активното участие на пациента в рехабилитационните мероприятия. Сроковете на възстановяване след ТЕПП се влияят както от възрастта и придружаващите заболявания, така и от избора на метод и период от живота, в който да се осъществи ТЕП. Индивидуалното ендопротезиране при млади пациенти, с вторичен остеоартрит, в резултат на асептична некроза,

дисплазия на ТБС позволява по-голяма свобода в периода на възстановяване, по отношение изготвянето на кинезитерапевтичната програма и постигането на добри функционални резултати що се касае до двигателния дефицит, сравнено с конвенционалното ТЕП. Въпреки тези предимства, в български условия съществуват някои социално-икономически ограничения, свързани с високата цена на имплантите, липсата на съфинансиране от държавата и неоправданото приложение при пациенти в по-висока възраст (40). Поради тези и други причини, оперативните интервенции с цел ТЕП в по-голямата си част се извършват на по-късен етап от живота (след 60-тата година), когато рехабилитационният потенциал е снижен, поради липсата на профилактика на заболяванията на ОДА. Наличието на придружаващи заболявания увеличава риска от инвалидизране, поради създадените се бариери в социума и влошеното КЖ (42)

КЖ на ТЕПП би могло да бъде оценено с помощта на различни инструменти. Най-често използвани за целта са SF-36 questionnaire, WOMAC score, Harris Hip Score, Functional comorbidity index и други специфични въпросници, разработени от чужди и наши автори, за целта на конкретни проучвания на влиянието на ТЕП върху КЖ.

Уместно е инструментите за оценка на КЖ след ТЕП да се разгледат съобразно целта на изследването – функционално възстановяване или оценка на КЖ във всички сфери на живота, съответно – специфични и генерични. В медицинските практики по света и у нас е прието да се разработват и валидират въпросници, създадени с насоченост към конкретно заболяване, с цел да се оцени степента на възстановяване, ефективността от проведеното лечение, през погледа на клинициста и донякъде на пациента.

Harris Hip score – най-популярният специфичен въпросник за изследване КЖ при пациенти с патология на ТБС за измерване на: болка, ходене, ДЕЖ и обем движения в ТБС, с резултати от 0 до 100. Област „болка“ отразява на сила на болката, влиянието ѝ върху ДЕЖ и нуждата от

медикаментозно обезболяване. Област „функция“ включва ДЕЖ (ползване на стълби, обществен транспорт, възможност за седеж, обуване на чорапи, връзване на обувки) и походка (куцане, използване на помощно средство и изминато разстояние). Област „деформация“ изследва флексия, аддукция, вътрешна ротация и разлика в дължината на крайниците, а област „обем движения“ измерва обема на движения в ТБС във всички равнини (76,82). Въпросникът е адаптиран за изследване КЖ на ТЕПП, с оглед оценка на удовлетвореност от степента на функционално възстановяване като обратна връзка за качеството на работата на ортопедите (74). На базата на Harris Hip Score, в резултат от съвместна изследователска работа на лекари – специалисти по ФРМ и кинезитерапевти, авторски колектив (Кръстанова, Вачева, 2015) разработва комбиниран тест за функционална оценка на ТЕПП. Фишът за изследване включва ВАС, ММТ, гониометрия на ТБС, локомоторен тест и оценка на ДЕЖ (87).

Друг, често прилаган специфичен въпросник за оценка на КЖ е Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC). Въпросите са отнесени към времеви период от 48 часа назад и обхващат :

1. силата на болката в ТБС и коленните стави при дейности, като ходене по равно, слизане или изкачване по стълби, седнало/легнало/изправено положение, нощна болка. 2. Скованост – сутрешна и след почивка през деня. 3. Функционални нарушения – трудности при ползване на стълби, изправяне, навеждане, ходене, слизане/качване в кола, пазаруване, събуване/обуване на чорапи, лежане, седене, ползване на тоалет, различна по тежест домашна работа (11,19,59,121).

В последните години се наблюдава динамика в концепцията за разработване и приложение на специфичните въпросници, което резултира в модифицирана версия на Harris Hip score, където е премахната функционалната оценка въз основа на гореспоменатите изследвания (111). Този плавен преход от специфични към генерични инструменти насочва

вниманието към възможностите за цялостна оценка на качеството на живот в хода на възстановяване след ендопротезиране.

Самооценъчният генеричен въпросник SF – 36 се използва за оценка ефективността на фармакотерапия, рехабилитация и др. при различни хронични заболявания, вкл. състояния след ендопротезиране. Съдържа 36 въпроса, разпределени в няколко области: 1. физическа активност; 2. физическа издръжливост; 3. телесна болка; 4. общо здраве; 5. жизненост; 6. социална активност, жизненост, телесна болка, психично здраве, общо здраве. SF – 36 отразява Отговорите се отнасят за периода една седмица преди изследването и включват 6 – те степени по скалата на Ликърт (от „нищо“ до „много тежко“) или отговори „Да“/“Не“, след което резултатите се трансформират в скала от 0 до 100 (лошо здраве и добро здраве) (79, 125) Поради своята универсалност и възможност за измерване на отделните аспекти на здравето – физическо, психическо и социално благополучие, SF - 36 е най-предпочитаният от световната практика генеричен въпросник за оценка на КЖ при ТЕПП (55).

В България, най-често използвани за оценка на КЖ при разнообразна клинична патология и полиморбодност са Medical Outcome Study Short-form 36 (SF-36) (Stewart и др., 1988 SF – 36 и WHO QOL – 100, тъй като и двата обхващат био, психо и социо компонентите на здравето. WHO QOL-100 е създаден от СЗО, за да изследва 4 области: телесна – болка, енергия, самостоятелност в придвижването, ДЕЖ, работоспособност; психична – емоционално състояние, концентрация, удовлетвореност от себе си, смисъл и радост от живота, външен вид, негативни чувства; социална - лични взаимоотношения, сексуален живот, социална подкрепа; заобикаляща среда – безопасност в ежедневието, удовлетвореност от транспорт, финансово състояние, достъп до здравни услуги, ниво на информираност, възможности за почивка. Отговорите се отнасят за последните две седмици и са формулирани посредством пет степенна скала, като стойностите от 4-те

области могат да се трансформират в скала от 0 до 100, за сравняване с други проучвания. Кратката версия на въпросника WHOQOL – BREF отнема малко време за попълване (10 мин), отговаря на концепцията за холистичния подход, с еднаква значимост на соматичен, психичен и социален компонент на здравето и позволява сравнение на резултатите при пациенти с множествена патология, когато им съчетано влияние на хроничните заболявания и състояния върху цялостното здраве. Налице е транскултурална валидност на въпросника, което позволява сравняване на резултатите от различни страни (20, 22).

В разработка на дисертационен труд, Н. Недев (37,38) представя сравнителната характеристика между най-често използваните генерични инструменти за оценка на КЖ, сред които SF – 36 , WHOQOL – BREF и EuroQOL-5D. Макар, че и трите инструмента отнемат минимално време за попълване (5-15 мин.), авторът описва някои различия, които се изразяват в пълнотата и целостта на WHO-BREF, отнесена еднакво към всички измерения на здравето и благополучието. SF-36 отразява по-скоро ограниченията във физическото и социалното функциониране, емоционалната сфера, при информативност относно общото здраве и емоционалното благополучие. EuroQOL - 5D е ангажиран с бързата оценка на ежедневните дейности и самообслужването, болката или дискомфорта, настроението.

У нас проблемите на за КЖ след ТЕП са задълбочено разгледани в ортопедичната и кинезитерапевтичната практика. Интересът е фактът, че проучвайки и проследявайки резултатите след ендопротезиране, българската ортопедичната общност излиза от рамката на оперативната хирургия и се фокусира върху социалните и икономическите аспекти на здравето. Изборът на подходящ момент, метод и вид ендопротезиране се оказват недостатъчни за промяна в нарушеното КЖ на българския пациент. Оптимизирането на лечението с оглед по-бързото функционално възстановяване изисква



разширяване на кръгозора и поглед към необходимостта от рехабилитация, изясняване на нейната роля и повишаване информираността на пациентите още при планиране на ендопротезирането. Интересът на клиницистите към проследяване на пациентите след ТЕП е може да се каже двупосочен, тъй като си служат с инструментите за оценка както на разликата в КЖ преди и след ТЕП, така и за оценка на динамиката в определен времеви период.

Въпреки че според някои автори, комплексният подход към КЖ на ТЕПП изисква комбинирането на генеричен и специфичен, пациент-ориентиран въпросник и пролонгирано проучване на ефективността от ТЕП в рамките на поне 10 години (99), литературни данни посочват приоритетното значение на самооценката на пациентите за здравословното им състояние и общото КЖ за оценка на резултатите от здравната грижа, сравнено с обективните функционални измервания (20). Валидираните и у нас специфични въпросници Modified Harris Hip Score и WOMAC не дават оценка на всички сфери на живота на ТЕПП, докато WHOQOL – BREF, при висока корелация с резултатите от Harris Hip Score дават основание на някои изследователи да смятат, че WHOQOL-BREF е надежден като инструмент, прилаган самостоятелно за измерване на КЖ на ТЕПП (60). WHO-QOL-BREF не е прилаган до момента у нас за оценка на КЖ във физиотерапевтичната, ортопедичната и кинезитерапевтичната практика. В последните 10-15 години Кръстанова и Илиева, като представители на общността на лекарите по ФРМ, единствени работят насочено по проблема възстановяване след ТЕПП, с акцент върху функционалното възстановяване на пациентите и подбора на физикални и кинезитерапевтични методи и средства за преодоляване на двигателния дефицит и мускулния дисбаланс. Тяхната ключова роля за утвърждаване мястото на физикалните фактори в ранния постоперативен период поставя началото на нов етап в научно-изследователската дейност в полето на физикалната и рехабилитационна медицина, която до тогава е ориентирана към възможностите на

кинезитерапията. Кръстанова и съавтори изследват ефективността комплексната дългосрочна рехабилитационна програма в стационарни, домашни и амбулаторни условия, предлагайки на нашето внимание разширен подход към функционалната оценка. За целта е разработен и валидиран модифициран фиш, съдържащ няколко елемента, заимствани от различни въпросници, в т.ч и Harris Hip Score – оценка на болката, обем движения, ММТ, ДЕЖ, разгледани по важност, анализ на походката и куцането. Подобно мащабно проучване е от особена значимост за науката и практиката, доказвайки не само необходимостта от рехабилитация след ТЕП, но и ефективността на комплексната рехабилитационна програма.

Резултатите от изследването представляват цялостен принос за утвърждаването на българската физиотерапевтична школа в сферата на изследване и приложение на физикалните фактори. Отчетеното подобрене в КЖ на изследвания контингент е предимно на база функционално възстановяване по обективни критерии. Допълвайки целостта на проблема, авторите поставят финалния щрих - самооценъчния момент в оценката на ефективността от възстановяване. Изследвайки отношението на пациента към собственото състояние в края на проучването, те прилагат българската версия на WOMAC – валидиран въпросник за самооценка на функцията на оперираната става. По-ниската самооценка на фона на по-доброто функционално възстановяване при пациентите, оперирани по повод фрактура, в сравнение с ендопротезираните по повод ОА се интерпретира като функция от различните очаквания, които имат двете групи пациенти, а от наша гледна точка разкрива потребността изследване на психологичните и социалните аспекти от КЖ на ТЕП.

Важно е да се отбележи, че българската версия на WOMAC е първият опит у нас да се заменят традиционните инструменти (ННС) за оценка на възстановяването след ТЕП със самооценъчни. Този иновативен подход е проучен най-напред в ортопедичната практика от проф. Пламен Кинов чрез

изследване и доказване на надеждността на WOMAC ( $\alpha$ -Кронбах – 0,84) и висока степен на корелация с NRS ( $\rho=0,63$ ). Познавайки се на тези данни, Кръстанова и съавтори прилагат самооценъчния WOMAC в проследяването на различните етапи от рехабилитацията след ТЕП. Въпреки това, след лекарите – специалисти по ФРМ не се наблюдава научно-изследователски и практико-приложен интерес към изследване на КЖ след ендопротезиране, поради фокуса върху проучване ефективността на конкретни физикални методи и средства и възстановяването на ставната функция. В световен мащаб обаче, изследването на общото КЖ на ТЕП измества функционалната оценка на заден план в изследователското поле. По литературни данни, все повече внимание се отделя на генеричните въпросници, като основен инструмент за оценка на живота с изкуствена става в различните етапи на възстановяване. Въпросникът WHOQOL-BREF, макар отдавна валидиран у нас, не е използван до момента за целите на ортопедичната рехабилитация, поради неговата неспецифичност. С помощта на инструмента, Snell, Dunn и съавт. през 2020 г. откриват умерена корелационна зависимост между коморбидността и резултатите от КЖ при ТЕП.

Бързите темпове на развитие на ендопротезирането у нас, с превес на ортопедичните техники и имплантологията създават условия за подмладяване на интервенцията при бързо възстановяване на пациентите след приложена индивидуална КТ програма. Измерването на удовлетвореността на ТЕП от проведеното цялостно лечение, като за целта се използва въпросника Euro QOL 5 Dimensions (EQ-5D5L). Обхванати са обхваща пет направления – болка, подвижност, самообслужване, тревожност, работоспособност, считани за най-важни в етапа на ранна рехабилитация (40).

Приносът на българските автори за утвърждаване на комплексната, системна и последователна рехабилитация, включваща преформирани

физикални фактори и кинезитерапевтични средства, подбрани и адаптирани към потребностите на конкретния ТЕПШ в различните етапи на рехабилитацията, намира естествено продължение в изследването и допълването на възможностите на ФРМ за промяна в качеството на живот посредством прилагане на индивидуални рехабилитационни програми и оценка на цялостното здраве (био психо и социо компоненти) на ТЕПШ.

#### **4. Пациент-центриран подход и възможности за прилагането му при ТЕПШ.**

Подходът към здравето може да се разглежда в три аспекта. Според *стандартарния* (професионален подход), наречен още „биомедицински модел“, здравето е отсъствие на болест. *Терапевтичният* подход се базира на прецизната диагностика и елиминиране на биомедицинските ограничения за пациента. *Индивидуалният* подход съдържа баланса между желанията на индивида и възможностите му да участва в здравните грижи, с цел задоволяване на персоналните нужди. *Общественият* подход определя здравето като социална активност. В този случай, необходимостта от здравна грижа се определя от обективно установените биомедицински ограничения, и невъзможността пациентът да участва активно в социалния живот (33).

В последните 30 години се налага един по-различен поглед към необходимостта от здравна грижа – пациент-центриран подход (ПЦП). Тази концепция се развива във времето, във връзка с ограничените възможности на традиционната медицина, където адекватна терапия е възможна само след прецизна диагностика. ПЦП разглежда заболяването и болестта във всички аспекти – емоции, функционалност, очаквания, с вникване в потребностите на личността. Детерминирани са пет направления, заложиени в основата на ПЦП и използвани за оценка на ефективността му:

- биопсихосоциална перспектива на заболяването, която дава възможност за анализ и оценка на всички фактори, определящи състоянието на здраве или болест, като се акцентира на самооценъчния характер на здравния статус на пациента;
- пациентът, като отделна личност преживява по различен начин всяка промяна в здравословното си състояние, дори в случаите с еднакви диагнози и сходни оплаквания. Това изключва унифицирането на подхода и определя необходимостта от индивидуална грижа;
- споделена отговорност за взетите решения, от страна на лекаря и пациента. Явявайки се активен участник в терапевтичните мероприятия, пациентът поема своята доза отговорност за благоприятния изход и промяната в локалния статус, общото здраве и качество на живот. Пациент-центрираната грижа залага на ролята на пациента в разрешаването на здравословните проблеми, без да се поема изцяло;
- лекарят и пациентът влизат в терапевтичен съюз, основан на емпатия, психотерапевтичен подход и единство по отношение постигането на целите;
- личността и персоналните качества на лекаря заемат съществено място в ПЦП. За разлика от биомедицинския модел, където лекарят е ключовата фигура и притежава главната роля, без да има субективно отношение, то в ПЦП лекарят и пациентът се разглеждат като динамична единица, поради непрекъснатото взаимодействие в лечебно-диагностичния процес;
- макар че идеята на ПЦГ е да редуцира необходимостта от продължителни посещения при лекаря, необходимо е повече време, за да се изгради тясна колаборация между лекаря и пациента.

ПЦП се различава от био-медицинския модел по акцента и ключовите аспекти на отношенията лекар-пациент. От една страна лекарят се фокусира и чувства отговорен за немедицинските страни на проблема, касаещи личността и качеството на живот, а пациентът споделя тази отговорност. За разлика от био-медицинския подход, връзката лекар-пациент не е двуизмерна и резултираща във вземане на решения и извършване на терапевтични процедури от лекаря. ПЦП се прилага с цел: максимална удовлетвореност на пациента и лекаря от резултатите на лечението, на фона на икономизация на разходите (22,56,85,102).

Преходът на концепцията за пациент-ориентираната грижа от теорията към практиката се стабилизира от три основни стълба:

- разбиране на пациента, неговия личен опит и преживявания, свързани със здравословното му състояние, отнесено към ежедневието и различни житейски ситуации.

- изградената доверителна връзка между терапевта/здравния специалист и пациента/неговото семейство.

- особеностите на здравната система с нивата на кооперативност между отделните звена и екипи и гъвкавост в управлението на модела.

Редица здравни системи са създадени, за да работят в услуга на общества, с ограничена полиморбидност.

При тези обстоятелства, резултатите от извършваните здравни услуги и комплексна медицинска грижа не са задоволителни. Кръстосано проучване проведено през 2017 година сред 216 полиморбидни пациенти в Нидерландия разкрива взаимовръзката между пациент-центрираната грижа, физическото, социално благополучие и удовлетвореността от здравните

услуги, а интегрираната грижа допринася за социалното благополучие и цялостната удовлетвореност на респондентите (89,91).

В исторически план, мястото на пациент-центрирания подход в рехабилитационните грижи е вероятно донякъде определено, в смисъла на индивидуалния подход – основен принцип на физикалната и рехабилитационна медицина. В съвременето, науката ясно и точно е формулирала фокуса на специалността – пациент-центрирана грижа, насочена към постигане и запазване на максимална независимост в обществото (126).

Клиничната практика непрекъснато търси и открива възможности за преодоляване на съществуващите ограничения и бариери в подхода към възстановяване на пациентите след ТЕП, обуславяни от бързия ход на развитието на ендопротезирането, намаляване на болничния престой и породената необходимостта от ускоряване темповете на рехабилитацията. Проучване, проведено на територията на Швеция показва, че 14 % от 16000 ТЕПП се чувстват несигурни и недоволни от крайния резултат на интервенцията, като в повечето случаи причините за неудовлетвореността им остават недобре изяснени. Национален доклад съобщава, че шведската здравна система се оказва в затруднение да посрещне обществените потребности за персонализиране на здравните грижи в съответствие с индивидуалните нужди, нагласи и очаквания на пациента. Трудно постижима се оказва и целта пациентите да бъдат въввлечени в споделената отговорност за възстановяването и собственото здраве (108).

Практически погледнато, ПЦП в рехабилитацията след ТЕП се реализира успешно у нас, особено при индивидуалното ендопротезиране (41). От друга страна обаче, възстановяването в условията на финансиране от държавата (амбулаторна и стационарна рехабилитация) е все още подвластно на стандартния, унифициран подход с акцент към проблема, а

не към пациента с проблем. Това би могло да се обясни с ограниченията, наложени от здравната система по отношение на брой процедурни дни и честота на хоспитализациите по клинична пътека и с недостатъчната информираност и мотивация на пациентите относно тяхното активно участие в процеса на възстановяване.

Стратегията, заложена в основата на специалността ФРМ разкрива широтата на възможностите на холистичния, пациент – фокусиран подход, чиято приложимост не се изчерпва с изготвяне и изпълнение на конкретен рехабилитационен план, с методи и средства на доказателствената медицина. Интегративната ролята на специалистите в рехабилитационния екип, поотделно и в кооперация помежду си и с пациента/неговите близки включва клинична и функционална оценка, определяне на приоритети в разрешаването на проблема чрез оценка на съпътстващи фактори и обстоятелства, ангажиращи всички сфери от живота на ТЕПП. Чрез поэтапното, последователно, еднопосочно и синергично взаимодействие в мултидисциплинарния екип се осигурява оптимална среда за разкриване и мобилизиране на собствените ресурси за възстановяване и функциониране на пациента, претърпял ендопротезиране в даден момент от своя живот.



## **II. Цел, задачи, материал и методи**

**1. Цел** на настоящото 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 дневен престой по клинична пътека 265 и да се проучи тяхната социална адаптация.

### **Задачи:**

1. Да се проучат и анализират социо-демографските характеристики на респондентите.
2. Да се проучи надеждността на WHOQOL-BREF при ТЕП.
3. Да се изследва общото качество на живот при ТЕП, 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.

**Хипотези.** Поставяме на разглеждане и обсъждане следните хипотези:

*Хипотеза 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.

*Хипотеза 2:* Предполага се, че генеричният въпросник WHOQOL-BREF е достатъчно информативен като самостоятелен инструмент за оценка ефективността на рехабилитацията след ТЕП.

*Хипотеза 3:* Индивидуалната рехабилитационна програма, прилагана в стационарния период на рехабилитацията след ТЕП, повишава общата оценка на КЖ за сметка на оценката в област „телесна“.

### **Материал и методи на изследването:**

#### **В проучването бяха използвани следните методи:**

А) Документален метод за изследване на достъпната литература в световна база данни Scopus, Web of science Google scholar и др.;

Б) Социологически методи:

1. Административна анкета - обхваща информация за демографските показатели на участниците в проучването – пол, възраст, семейно положение, трудоспособност, местоживееене, доходи

2. Въпросник за изследване на качеството на живот WHOQOL BREF-26: 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 (Banomi 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. Генеричният въпросник на СЗО (WHOQOL-BREF) е използван за изследване качеството на живота сред полиморбидния контингент в множество анкетни проучвания, включително и в Катедри на МУ-Варна - Катедрата по Обща медицина на МУ-Варна (2005-2006 г.), УС „Рехабилитатор“-МК-МУ-Варна, Катедрата по Хигиена и епидемиология-МУ-Варна и др. 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.).

В) Анамнестични данни

Г) Функционални методи на изследване:

- сантиметрия;
- ъглометрия;
- функционална оценка

Д) Методи на лечение:

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: подобряване 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. В случаите когато е укрепена мускулатурата на горните крайници и е налице добра координация се използват подакътни патерици. Пациентите се обучават в ходене по равен терен, слизане и качване по стълби с разминаване на крайниците.

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. Посредством статично и динамично въздействие стимулира

пре –и постоперативно отслабените бедрената и глутеалната мускулатура; подпомага преодоляването на контрактури в ТБС и КС и подобряване обема на движение чрез стречинг на скъсените мускули; подобрява еластичността на мускулните влакна и ставните връзки без да натоварва междупрешленните дискове и ставите. Едновременно с въздействието върху мускулния тонус и работа на повърхностните и дълбоките мускули, топката подобрява и функцията на вътрешните органи чрез създаваните вибрации. С това се постига и подобряване на общото здраве, психоемоционалния тонус и самочувствието. Възможностите за изпълнение на фитнес 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“ тереапевтичен 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 поясния и други отдели на гръбначния стълб и ОДА. ИЧЛ оказват меко терапевтично въздействие по механизма на инхибиране на болковите импулси, мускулна релаксация, подобряване 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 възпаленителните процеси и мускулния спазъм и обратното развитие на контрактурите. (Костадинов, Краев, 1987), Ненова, особено съчетано с кинезитерапия. Кριοкинезата, 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. Известно е още, че студът потиска болковите импулси и повлиява хипоксията, редуцира кръвенето и постоперативния хематом. В комплексната рехабилитационна програма след ТЕПЦ, 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.

Е) Статистически методи:

Статистически методи за анализ и интерпретация на експерименталните данни с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им, обект на настоящия дисертационен труд:

**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.

**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. За всяка отделна група от характеристиките се прилагат различни методи като за установяване на централни тенденции се използват средни величини, мода, медиана, за установяване на различия между единиците (средно квадратично отклонение), за установяване на отклонения от еталонни разпределения (коэффициент на асиметрия, коэффициент на ексцес).

Графичното представяне на емпиричното разпределение е съществена част от дескриптивната статистическа методология. Приложими са следните графични изображения: хистограма, структурна диаграма.

**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 коэффициентът варира в граници от 0 до 1. С повишаване

стойнотта на коефициента се счита, че анкетата има добри селективни и дескриптивни възможности.

**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)

**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 взаимопроникащите 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 взаимопроникащи 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.

**6. Данните от проучването са организирани в MS Office Excel 2013, а за анализа им е използван програмен продукт SPSS v 19.0 for Windows.**

### **Материал на изследването:**

*Подбор на изследваните лица:* избраните да участват в изследването пациенти с тазобедрено ендопротезиране бяха поканени лично от дисертанта да вземат участие в деня на постъпването в Отделението по рехабилитация към УМБАЛ „Св.Марина“-Варна (х-л „Естрея“, КК „Св. Св. Константин и Елена“). По време на тези първоначални контакти се разясняваха целите на изследването, начинът на провеждането му и използването на данните от него. Анкетирания бяха информирани за правото им да откажат да участват, без това да се отрази на тяхната рехабилитация. На участниците в изследването бе гарантирано, че информацията, която предоставят, ще бъде използвана само за научни цели. В изпълнение на задачата за проучване на социо-демографските характеристики на респондентите, пациентите, дали своето писмено съгласие за участие в проучването попълваха административна анкета. Лекуващият лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, след преглед, включващ събиране на анамнестични данни и данни от медицинска документация, и функционална оценка (измерване дължина на крайници и обем движения в тазобедрените стави (ТБС), измерване на обиколки на бедро и глезен) на пациентите бе назначавана индивидуална рехабилитационна програма, включваща активни скелетно-мускулни упражнения, в т.ч и подводна лечебна физкултура (ПЛФК); трениране на ходене, дълбоки осцилации на ендопротезирания крайник, криотерапия, друга физикална терапия, терапевтичен ултразвук, адаптирана към индивидуалните особености, придружаващите заболявания и

етапа на рехабилитация. Болничният престой, в рамките на 7 процедурни дни, по клинична пътека (КП) 265 се финансира от Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК). Клиничната пътека се счита за завършена ако са приложени и отчетени най-малко две основни диагностични (при приемането и изписването) и най-малко три различни терапевтични процедури дневно.

С оглед на задачата за оценка на качеството на живот бе използван утвърденият въпросник за оценка на качеството на живота, валидиран за България от В. Петков. Попълването на въпросника за оценка на качеството на живот продължи средно 10-15 минути. Анкетираният бе запознаван с инструкциите за отговаряне на въпросите и в хода на попълването анкетираният проверяваше дали респондентите разбират смисъла на въпросите и следеше за проблеми и въпроси, които възникват по време на изследването. В деня на дехоспитализацията и в края на първата година от ТЕП, пациентите попълваха отново въпросника за оценка на качеството на живота.

**Обект на изследването:** 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.

**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 импланти 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:**

1. Пациенти под 18 годишна възраст.
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.

### **III. Резултати.**

#### **1.Социо-демографска характеристика на изследваните лица.**

##### **Описателни методи**

1.1. 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**

<b>Възрастови групи</b>				
	<b>Честота</b>	<b>Процент (%)</b>	<b>Валиден процент (%)</b>	<b>Кумулативен процент (%)</b>
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 ТЕПП (табл. 2).

**Таблица 2**

<b>Разпределение по пол</b>				
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 ескпертно 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 51до 70 %, 67% нямат трайно намалена работоспособност (табл. 3и табл. 4).

**Таблица 3**

<b>Разпределение по работоспособност</b>				
	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

**Разпределеление 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, делът 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 ТЕПП 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 ТЕПП, 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

1	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	

## 1.11.Разпределение на водещите оплаквания.

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

Разпределение на симптомите при приемането: болка в областта на оперираната става – 21%; болка в други отдели на ОДА (кръста, коленни глезенни стави) – 8%; оток на бедро, оток на колянна/глезенна става, изтръпване (долни крайници, горни крайници) - 2, затруднена походка – 72.

## 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 фазите на рехабилитация

	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.

Таблица 13

		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

Cronbach's Alpha	N of Items
,891	52

Въпросникът WHOQoL – BREF се отличава с това, че въпросите нямат значимост, разгледани поотделно, което обезсмисля търсенето на корелации между отделните въпроси и конкретни обективни или демографски показатели. Отговорите на отделните въпроси по 5-степенната Ликертова скала с помощта на ключ се групират в 4 области (телесна, психологическа, отношения и среда) - всяка с отделна оценка, сборът от които формира общото КЖ. Това позволява както проследяване на динамиката в общата оценка на КЖ, така и сравняването по области, с оглед оценка на въздействието на холистичния (индивидуален) подход към здравето, особено в хетерогенни групи пациенти.

С цел определяне надеждността на въпросника при ТЕПШ, 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 15

Item Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Как оценявате качеството на живота си?-при постъпване	2,38	,638	72
В каква степен сте удовлетворен/а от здравето си?-при постъпване	2,21	,649	72
Доколко (физическа) болка Ви пречи да извършвате онова, което Ви е необходимо?-при постъпване	4,46	,918	72
До каква степен имате нужда от медицинско лечение, за да изпълнявате ежедневните си дейности?-при постъпване	4,78	,481	72
Доколко се радвате на живота?-при постъпване	1,67	,650	72
Според Вас до каква степен животът Ви е изпълнен със смисъл?-при постъпване	1,85	,685	72
Доколко сте способен/способна да се концентрирате?-при постъпване	1,60	,664	72
Чувствате ли се в безопасност в ежедневието си?-при постъпване	1,49	,556	72
Доколко е здравословна заобикалящата Ви среда?-при постъпване	1,76	,760	72

Имате ли достатъчно енергия в ежедневието си?-при постъпване	1,35	,535	72
Приемате ли физическата си външност?-при постъпване	1,63	,568	72
Имате ли достатъчно пари, за да задоволявате нуждите си?-при постъпване	2,76	,864	72
Доколко разполагате с нужната за ежедневието Ви информация?-при постъпване	2,63	,830	72
До каква степен имате възможност за почивка и развлечения?-при постъпване	2,01	,896	72
Доколко сте удовлетворен/а от съня си?-при постъпване	1,58	,550	72
Доколко сте доволен/доволна от способността си да извършвате ежедневните си дейности?-при постъпване	1,64	,539	72
До каква степен сте удовлетворен/а от работоспособността си?-при постъпване	1,64	,512	72
Дококо сте доволен/а от себе си?-при постъпване	1,74	,531	72
До каква степен сте удовлетворен/а от личните си взаимоотношения?-при постъпване	2,99	,880	72
До каква степен сте удовлетворен/а от сексуалния си живот?-при постъпване	2,35	,754	72
До каква степен сте удовлетворен/а от подкрепата, която получавате от вашите приятели?-при постъпване	3,32	,766	72
До каква степен сте удовлетворен/а от условията на мястото, където живеете (дом, болница и др)?-при постъпване	3,15	,494	72
До каква степен сте удовлетворен/а от достъпа до здравни услуги?-при постъпване	3,36	,612	72
До каква степен сте удовлетворен/а от транспорта (личен и обществен)?-при постъпване	3,29	,659	72
Доколко сте способен/а да се придвижвате самостоятелно?-при постъпване	1,39	,519	72



Колко често изпитвате негативни чувства като тъга, отчаяние, тревога и депресия?-при постъпване	3,46	1,020	72
Как оценявате качеството на живота си?-при изписване	2,57	,526	72
В каква степен сте удовлетворен/а от здравето си?при изписване	2,49	,531	72
Доколко (физическа) болка Ви пречи да извършвате онова, което Ви е необходимо?-при изписване	3,40	,899	72
До каква степен имате нужда от медицинско лечение, за да изпълнявате ежедневните си дейности?-при изписване	3,89	,797	72
Доколко се радвате на живота?-при изписване	2,31	,685	72
Според Вас до каква степен животът Ви е изпълнен със смисъл?-при изписване	2,29	,638	72
Доколко сте способен/способна да се концентрирате?-при изписване	2,47	,556	72
Чувствате ли се в безопасност в ежедневието си?-при изписване	2,24	,593	72
Доколко е здравословна заобикалящата Ви среда?-при изписване	2,35	,754	72
Имате ли достатъчно енергия в ежедневието си?-при изписване	2,63	,615	72
Приемате ли физическата си външност?-при изписване	2,04	,516	72
Имате ли достатъчно пари, за да задоволявате нуждите си?-при изписване	2,78	,876	72
Доколко разполагате с нужната за ежедневието Ви информация?-при изписване	3,94	,528	72
До каква степен имате възможност за почивка и развлечения?-при изписване	2,08	,931	72
Доколко сте удовлетворен/а от съня си?-при изписване	2,58	,550	72
Доколко сте доволен/доволна от способността си да извършвате ежедневните си дейности?-при изписване	2,47	,627	72

До каква степен сте удовлетворен/а от работоспособността си?-при изписване	2,43	,577	72
Дококо сте доволен/а от себе си?-при изписване	2,31	,597	72
До каква степен сте удовлетворен/а от личните си взаимоотношения?-при изписване	3,07	,939	72
До каква степен сте удовлетворен/а от сексуалния си живот?-при изписване	2,40	,744	72
До каква степен сте удовлетворен/а от подкрепата, която получавате от вашите приятели?-при изписване	3,47	,691	72
До каква степен сте удовлетворен/а от условията на мястото, където живеете (дом, болница и др)?-при изписване	3,68	,526	72
До каква степен сте удовлетворен/а от достъпа до здравни услуги?-при изписване	4,13	,502	72
До каква степен сте удовлетворен/а от транспорта (личен и обществен)?-при изписване	3,46	,730	72
Доколко сте способен/а да се придвижвате самостоятелно?-при изписване	2,49	,581	72
Колко често изпитвате негативни чувства като тъга, отчаяние, тревога и депресия?-при изписване	3,03	,712	72

## **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. На изображението са показани абсолютните и относителните разлики в общото КЖ на всеки един от изследваните пациенти.

отнош постъпване	отнош		среда		психо		телесна област		телесна област		качество живот преди	качество живот след	Абсолютна разлика	Относителна разлика
	пване	пване	пване	пване	пване	пване	пване	пване	пване	пване				
7	9	25	27	11	14	9	17	52	67	15	28.85			
5	3	15	19	5	13	6	15	31	50	19	61.29			
8	8	21	24	9	11	8	14	46	57	11	23.91			
5	5	22	24	6	8	5	13	38	50	12	31.58			
7	7	24	26	10	11	10	15	51	59	8	15.69			
9	9	28	28	15	15	8	14	60	66	6	10.00			
12	10	28	31	16	16	9	15	65	72	7	10.77			
11	11	26	26	12	12	9	11	58	60	2	3.45			
11	11	28	30	13	18	7	19	59	78	19	32.20			
8	8	23	26	10	11	5	11	46	56	10	21.74			
10	10	24	25	13	14	9	13	56	62	6	10.71			
6	7	26	26	10	13	9	15	51	61	10	19.61			
11	11	22	24	11	13	6	10	50	58	8	16.00			
7	6	24	29	7	9	6	10	44	54	10	22.73			
7	7	22	24	7	8	8	12	44	51	7	15.91			
5	5	21	22	5	7	5	11	36	45	9	25.00			
9	9	23	23	11	12	5	12	48	56	8	16.67			
11	9	30	28	19	15	14	11	74	63	-11	-14.86			
4	9	29	30	13	17	10	15	56	71	15	26.79			
4	8	14	19	5	11	5	12	28	50	22	78.57			
9	9	15	19	9	14	7	15	40	57	17	42.50			
7	7	19	24	5	12	5	15	36	58	22	61.11			
9	9	19	26	7	13	5	13	40	61	21	52.50			
11	12	27	29	13	18	15	20	66	79	13	19.70			
8	8	19	24	9	13	10	17	46	62	16	34.78			
7	7	25	29	11	14	8	14	51	64	13	25.49			
10	10	22	29	5	12	5	12	42	63	21	50.00			
9	9	23	29	7	12	7	14	46	64	18	39.13			
11	12	21	27	13	18	8	14	53	71	18	33.96			
10	10	21	25	13	17	10	16	54	68	14	25.93			
11	11	23	27	12	17	10	17	56	72	16	28.57			
6	7	21	25	13	17	10	17	50	66	16	32.00			
9	9	24	29	6	13	6	14	45	65	20	44.44			
6	8	17	22	8	13	6	13	37	56	19	51.35			
9	9	19	23	9	13	7	14	44	59	15	34.09			
10	11	24	27	12	18	11	18	57	74	17	29.82			
11	11	23	28	10	14	8	13	52	66	14	26.92			
11	11	18	24	12	14	11	19	52	68	16	30.77			
9	10	21	26	6	12	6	12	42	60	18	42.86			
10	10	21	27	6	11	5	11	42	59	17	40.48			
11	11	23	27	12	17	10	16	56	71	15	26.79			
9	9	14	20	11	14	6	11	40	54	14	35.00			
10	10	21	27	11	18	9	16	51	71	20	39.22			
10	10	18	25	10	15	9	16	47	66	19	40.43			
10	10	16	21	6	8	5	11	37	50	13	35.14			
6	6	19	28	14	16	13	19	52	69	17	32.69			
7	7	21	30	15	16	13	20	56	73	17	30.36			
10	10	22	28	11	12	9	13	52	63	11	21.15			
6	6	17	23	9	13	10	16	42	58	16	38.10			
10	10	21	28	12	13	13	16	56	67	11	19.64			
6	8	18	23	9	14	6	17	39	62	23	58.97			
10	10	22	25	11	15	10	17	53	67	14	26.42			
10	11	16	25	14	17	10	18	50	71	21	42.00			
11	14	17	28	11	16	10	20	49	78	29	59.18			
10	10	15	20	8	12	7	15	40	57	17	42.50			
8	10	16	21	5	12	7	14	36	57	21	58.33			
10	11	17	23	11	14	10	16	48	64	16	33.33			
7	7	20	25	11	13	9	19	47	64	17	36.17			
11	11	19	21	11	13	11	19	52	64	12	23.08			
7	9	15	24	9	14	5	18	36	65	29	80.56			
9	10	17	25	11	16	11	20	48	71	23	47.92			
8	9	22	27	13	16	8	19	51	71	20	39.22			
7	7	16	15	5	9	5	15	33	46	13	39.39			
11	11	19	22	14	16	14	18	58	67	9	15.52			
6	7	15	21	11	14	8	19	40	61	21	52.50			
7	7	18	19	6	11	9	16	40	53	13	32.50			
7	8	16	22	12	14	5	20	40	64	24	60.00			
3	5	16	21	4	9	5	16	28	51	23	82.14			
9	10	19	23	9	15	12	18	49	66	17	34.69			
7	7	16	21	9	14	7	19	39	61	22	56.41			
10	10	15	19	10	13	6	17	41	59	18	43.90			
12	12	17	23	11	13	6	17	46	65	19	41.30			

## 2.3. Статистически разлики по области на базата статистическа проверка на хипотези чрез метода на взаимопрониक्ващи 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
Pair 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

	N	Correlation	Sig.
Pair 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. Алтернативната хипотеза  $H_1$  гласи, че съществува статистически значима разлика.

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

3. Използва се t тест.

4. 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)

5.  $p=0,000 < \alpha=0,05$ , 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 Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Телесна област постъпване - Телесна област изписване	-7,125	2,732	,322	-7,767	-6,483	-22,131	71	,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**

		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 Samples 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. Алтернативната хипотеза  $H_1$  гласи, че съществува статистически значима разлика.
2. Възприема се равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  %.
3. Използва се t тест.
4. 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).
5.  $p=0,000 < \alpha=0,05$ , 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 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	-13,985	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

		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. Алтернативната хипотеза  $H_1$  гласи, че съществува статистически значима разлика.
2. Възприема се равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  %
3. Използва се t тест
4. 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)
5.  $p=0,002 < \alpha=0,05$ , 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 Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	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

## **IV. 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 ТЕПП 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 реадаптация.

Семейният статус на ТЕПП 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 рехабилитация 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 рехабилитация 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 кореспондират 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 ТЕПП. 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. Познавайки 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 от 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, сформирана 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 ТЕПП.

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 ТЕПП 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



семејните одношения за ускорения ход на възстановяването след тазобедрено ендопротезиране и по-доброто КЖ в условията на семејна 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 функционирањето на ТЕПП и одношението им към социума. Съдржанието на въпросите надминава границите на физическият капацитет на индивидите, претърпял тазобедрено ендопротезиране и в својата всеобхватност отразява промяната във всички подобласти на социалната сфера. Клучов момент в динамиката на одношението на ТЕПП към заобикалящата го среда, освен възстановяването на двигателниот дефицит и походката, е информираността, която може да се разгледа и како 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 ендопротезирањето, както и за ползите от системната и поэтапна рехабилитация. Въпросът за удовлетвореност от достъпа до здравни услуги е от изключителна важност в оценката на ситуацијата от страна на ТЕПП. Изборът на ТЕПП да се възстановява в болнична следва да се разгледа и от социално-икономическата страна на проблеата. Според резултатите от административната анкета за целите на нашето проучване, в разпределението по доходи најголям е делът на респондентите със средно-месечен доход на едно лице от домаќинство над 700 лв. Този показател, заедно с възрастовата група, в която попадат респондентите вероятно са основните критериуми, определящи избора на модела, финансиран от НЗОК. Макар голема 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 NRS също не изисква преглед на пациента, WHO е приет за по-пълен и информативен инструмент, що се касае за цялостното възстановяване и прогноза на ТЕП. 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. Познавайки 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 негово 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 ендпротезираната 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 ендпротезиране, 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, заложен 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 дискутабилен 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 ТЕПП (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 опита 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 осъждане 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 стандартния подход на медицинската грижа.

## V. 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 делът на пациентите, постъпили за стационарна рехабилитация в до 2-я месец от ендопротезирането (умерено протективна фаза) – 83,3%.

Приблизително еднакъв е делът 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 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.



## **VI. 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 физикални 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

## **VII. 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.

## **VIII. 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

## **IX. 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.



## Х. ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Вачева Д, Мирчева А. Медицинска рехабилитация и ерготерапия при пациенти в ендопротезирана тазобедрена става. Управление и образование. 2013; IX(5): 29-32. Попстефанов Р, Коларов Н. Следоперативно поведение при пациенти с тазобедрена хемипротеза. Варненски медицински форум. 2019; 8(1): 47-52.
2. Вачева Д, Петкова И. Програма за медико-социална рехабилитация. Управление и образование. 2020; 16:138-147.
3. Владева Е. Съвременни тенденции на спа и уелнес туризма. Варненски медицински форум. 2018; 7(2): 1520.
4. Владева Е, Михайлова М, Бачева Д, Тодоров И. Нашият опит в използването на дълбоки осцилации (DEEP OSCILLATION®) при ранната рехабилитация на пациенти с алопластика на колянна става. Варненски медицински форум. 2018; 7(1): 66-70.
5. Желев В. Физиотерапия Първа част. Изд. Авангард Прима. София. 2011. ISBN 978-954-323-869-9.
6. Иванова В, Паскалева Р, Пеева К. Формиране на професионални умения по ерготерапия в клиничната практика. Knowledge – International Journal. 2018; 26.4: 1079-1084.
7. Илиева Е. Особенности на рехабилитацията и ерготерапията след артропластика на тазобедрената става. Физикална медицина, рехабилитация, здраве. 2007; 4:14-17.
8. Канев Д. Браќът като рационален избор. Стено. Варна.2001.
9. Караганова И. Адекватност на прилаганите рехабилитационни услуги спрямо нъждите на лица с хронични заболявания и трайни увреди. Научни трудове на Русенския университет. 2014; 53(8.1):148.
10. Караджова З, Шопова З. Профил на потребителите на спа и уелнес туризма в България. Управление и образование. 2022.

11. Кинов П. Качество на живот след ендопротезиране на тазобедрената става. JAMG.
12. Кирева Л, Форева Г, Асенова Р. Пациент-центрирани грижи в общата практика. Обща медицина. 2004; 16(1):32-34.
13. Колева И , Т. Троев, Ж. Ленс, Н. Хростодолу, И. Чавдаров, Е. Илиева. Специалност „Физикална и рехабилитационна медицина в България – адаптиране към Европейските изисквания. Превенция и рехабилитация, 3, 2009, 1-2, 49-52.
14. Колева И. Иновации в обучението по рехабилитация и въздействието им върху професионалните компетенции на кадрите. Автореферат. София. 2013.
15. Колева И. Ерготерапията – философия и принципи. Превенция и рехабилитация, 3, 2009, 1-2, 53-58.
16. Колева И. Функционална оценка в неврорехабилитацията: роля на неврологичните стандартизирани скали и роля на Международната класификация на функционирането, инвалидността и здравето. В : Българската физикална и рехабилитационна медицина – минало, настояще, бъдеще (материали от VI национален конгрес с международно участие, организиран от Асоциация по Физикална медицина и рехабилитация, София, Октомври 2009, с. 96-101.
17. Костадинова Т, Петрова Г. Рекреативен мениджмънт. Изд. Медицински Университет „Проф.д-р Параскев Стоянов“. Варна. 2022.
18. Кръстанова М. Комплексен терапевтичен и рехабилитационен подход при пациенти с артропластика на тазобедрена става. Изд. ИЦ – МУ Плевен. Плевен. 2018.
19. Кръстанова М. Проучване ефекта на комплексна рехабилитационна програма при пациенти след ендопротезиране на тазобедрена става. Автореферат. Пловдив. 2015.

20. Левтерова Б, Форева Г, Асенова Р. Приложение на инструменти за оценка на качеството на живот при хронични заболявания в българската медицинска практика. *Обща медицина*. 2014; 16(2): 12-18.
21. Лочева В, Тодоров И, Панайтова Л. Терапия с дълбоки осцилации – същност, биологични ефекти, ретроспективен обзор. *Варненски медицински форум*. 2019; 8(2): 91-100..
22. Манчева П, Маджова В, Делийски М, Забунов. Методики за оценка на качеството на живот – възможности за приложение в общата медицинска практика. *Обща медицина*. 2006; 8(2):11-14..
23. Манчева П, Ненова Г, Недев Н, Крайчева Е. Ролята на рехабилитацията при хроничната болест. *Журнал на Медицински колеж* 2018; 1(1):30-33.
24. Манчева П, Ненова Г. Медико-социална рехабилитация и интеграция на пациенти с инвалидност. 2016. Синтез на наука и общество в решението на глобалните проблеми на съвременността“, сборник от статии, Уфа, „Omega Science“, сс 235-239.
25. Манчева П. Експертното решение – необходимо условие за социалната интеграция на хората с увреждания. *Варненски медицински форум*. 2014; 3(1):69-74.
26. Манчева П. Как да осъществим европейския принцип „Рехабилитация-интеграция-връщане на пазара на труда вместо инвалидна пенсия? *Здравна икономика и мениджмънт*. 2018; 3(69): 23-28.
27. Манчева П. Проблемите на ТЕЛК и потребностите на човека с инвалидност – анализ на ситуацията. *Социална медицина*. 2015; (3):19-23.
28. Манчева, П. Инвалидност с ТЕЛК – проблеми и решения. 2018; МУ-Варна; СТЕНО ISBN 978-954-449-968-6; ISBN978—619-221-142-4).

29. Медведев А.С. Основы медицинской реабилитологии. Минск: Беларуская Наука, 2010; с. 4-13.
30. Механджийска Г. Методи на социалната работа в сферата на психичното здраве. В: Живот в общността. Наръчник за професионалисти в организации за психосоциална рехабилитация. Човеколюбие. Пазарджик, 2011, сс.27-56.
31. Механджийска Г. Социалната подкрепа в личностно-центрираната социална работа. В: Пътища на професионализма в социалната работа. Сборник статии, УИ „Св. Климент Охридски. София, 2018, с.67.
32. Милушева Т. Концептуална рамка на възстановяването на личността в процеса на психо-социална рехабилитация. Социална работа. 2017; V(2): 27-49).
33. Михайлова – Алкиди В, Димитрова Д, Рашева Д. От здраве – към необходимите здравни грижи. Управление и образование. 2009; V(1): 2014-2017.
34. Михов К. Двуполусно тазобедрено ендопротезиране. Съвременни проблеми и концепции. МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна. СТЕНО. 2018.
35. Национален рамков договор 2022.
36. Недев Н, Ненова Г, Манчева П. Здравни грижи за пациентите с мозъчен инсулт – предизвикателството за рехабилитацията в домашни условия. Варненски медицински форум. 2016; 5(3): 158-161.
37. Недев Н. Рехабилитационни грижи и качество на живот при пациенти, преживели мозъчен инсулт. Автореферат. Варна. 2018.
38. Недев Н. Рехабилитационни грижи и качество на живот при пациенти, преживели мозъчен инсулт. Дисертационен труд. Варна. 2018.

39. Недев Н. Персоналният подход в рехабилитационните грижи – необходимо условие за повишаване на качеството на живот при пациенти с мозъчен инсулт. Варненски медицински форум.2016.5(3):202-205.
40. Ненова Г. Кинезитерапевтичен мениджмънт при индивидуално ендопротезиране на тазобедрена става. Медицински Университет – Варна. 2019: 13.
41. Ненова Г. Кинезитерапия при пациенти с тазобедрена ендопротеза. Изд. Медицински Университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна. 2022.
42. Ненова Г. Работоспособност и връщане на паза на труда на ендопротезирани пациенти. Здравна икономика и мениджмънт. 2019; 3973):22-26.
43. Папатанасиу Я. Телерехабилитация и Covid. Време за реорганизация на рехабилитационните услуги в България? InSpiro. 2021; 2(60).
44. Паскалева Р. Иновативни елементи в обучението по кинезитерапия, арт-терапия и ерготерапия за студентите рехабилитатори. Издателство Екс-прес. Габрово. 2012.
45. Проект! Национална здравна стратегия 2014-2020.
46. Разницін А.В. Общие основы медицинской реабилитации: учеб. Пособие. Гродно: ГрГМУ, 2002.
47. Рязкова М, Кирова И. Физикална терапия обща и специална част. Изд. АРСО. София. 2002.
48. Такева И. Учебник по Физикална и рехабилитационна медицина. Част 1. Изд. „Св. Климент Охридски“. София. 2022.
49. Танчев П, Кинов. Комплексно първично ендопротезиране на тазобедрената става – предоперативно планиране и клинични резултати. Ортопедия и травматология. 2016; 53(1):4-16.

50. Ташева Р. Кинезитерапия след хирургия на тазобедрената става. Хирургия на тазобедрената става. Изд. БГ книга. София. 2016.
51. Ташева Р, Тивчев Н. Кинезитерапия след тотална тазобедрена артропластика. Изд. БГ книга. София. 2014.
52. Тончева С, Борисова С. Промоция на здраве – предизвикателство за здравните професионалисти. Научни трудове на Русенския университет. 2012; 51(8.3):13-19.
53. Янакиева А. Здравният туризъм в България – условия, възможности, перспективи. Управление и образование. 2018; XIV(2):113-120.
54. Aldric L. What is the definition of multi-morbidity in Bulgarian: a consensus procedure using Delphi-round and a forward, backward translation. Human health and pathology. 2015.
55. Bialkovska M, Stoltny T, Pasek J et al. The influence of hip arthroplasty on health related quality of life in male population with osteoarthritis hip disease. Wiad lek. 2020; 73(12): 2627-2633.
56. Brown J. Patient-centered collaborative practice. 2004. Ottawa:Health Canada.
57. Buttner M, Mayer AM, Buchler B. Economic analyses of fast-track total hip and knee arthroplasty: a systematic review. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2020; 30(1):67-74.
58. Chang P, Merchant I. Complications of total hip replacement. In: Total hip replacement – An overview. 2018.
59. Copsy B, Thompson JY, Vadher K, Ali U, Dutton SJ, Fitzpatrick R et al. Problems persist in reporting of methods and results for the WOMAC measure in hip and knee osteoarthritis trials. Quality of life research. 2019; 28:335-343.

60. Costa LSM, de Lima VG, Barros FDSF et al. Hip arthroplasty: Effective rehabilitation protocols. *Research Society and Development*.2021; 10(4): e45510414370.
61. Crowe J, Henderson J. Pre-arthroplasty rehabilitation is effective in reducing hospital stay. *Can J Occup Ther*. 2003; 70:88-96.),
62. Dargel J, Oppermann J, Bruggemann G et al. Dislocation following total hip replacement. 2014; 111(51-52):884-90,
63. De Laddoucette A, Mertl P, Henry MP et al. Fast track protocol for primary total hip arthroplasty in non-trauma cases reduces the length of hospital stay: Prospective French multicenter study. *Orthopaedic & Traumatology: Surgery & research*. 2020; 106: 1527-1533.
64. De Luca M L, Ciccarello M, Martorana M et al. Pain monitoring and management in a rehabilitation setting after total joint replacement. *Medicine* 2018; 97:40(e12484).
65. Ding Z, Hu B, Liang Z. Limited influence of comorbidities on length of stay after total hip arthroplasty: experience of enhanced recovery after surgery.
66. Dimcheva T, Mateva N. Noncommunicable chronic disease management – good practices and models. *International journal scientific and applicative papers*. 2015; 8(1):181-185.
67. Doomra R. Healing touch of doctors – today, tomorrow and always. *J Family Med Prim Care*. 2019; 8(11):3769.
68. Edwards PK, Mears S, Barnes CL. Preoperative education for hip and knee replacement: Never stop learning. *Current reviews in Musculoskeletal medicine*.2017; 10:356-364,
69. Escorpizo R, Reneman M F, Ekholm J et al. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: Building a shared global model. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011; 21:126-133);

70. Ferrata P, Carta S, Frotina M. Painful hip arthroplasty: definition. *Clinical cases in mineral and bone metabolism*. 2011; 8(2):19-22.
71. Fielden, Scott, Horne. An investigation of patient satisfaction following discharge after total hip replacement surgery. *Orthopaedic Nursing*. 2003; 22(6):429-436.
72. Flecher X, Olivier M, Argenson JN. Lower limb length and offset in total hip arthroplasty. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2016; 102(1): 9-20.
73. Fortier LM, Rockov Z, Chen A et al. Activity recommendation after total hip and total knee arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 2021; 103(5):446-455.
74. Galea VP., Florissi I, Rojanasopondist R et al. The patient acceptable symptoms for the Harris Hip Score following total hip arthroplasty: Validated thresholds at 3-Month, 1-,3-,5-, and 7 year follow-up. *The journal of Arthroplasty*. 2020; (35): 145-152.
75. Goulding K, Beaulé PE, Kim PR. Incidence of lateral femoral cutaneous nerve neuropraxia after anterior approach hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2010; 468(9):2397-404.
76. Harris H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular treatment by mold arthroplasty. *J bone joint Surg Am*. 1969; 4:737-55.
77. Hasija R, Kellu JK, Shah N et al. Nerve injuries associated with total hip arthroplasty. *J Clin Orthop Thrauma*. 2018; 9(1): 81-86.
78. Hermansen L, Viberg B, Overgaard S. Risk factors for dislocation and re-revision after first-time revision total hip arthroplasty due to recurrent dislocation – A study from Danish Hip Arthroplasty. *J Arthroplast*. 2021; 36(4): 1407-1412.
79. Hoeksma HL, Van den Ende CHM, Runday HK. Comparison of the responsiveness of the Harris Hip Score with generic measures for hip function).



80. Hoskins W, Bingham R, Lorimer M. Early rate of revision of total hip arthroplasty related to surgical approach: An Analysis of 122,345 primary total hip arthroplasties. *J Bone Surg Am.* 2020; 4:102(21): 1874-1882.
81. <https://www.aapmr.org/about-physiatry/about-physical-medicine-rehabilitation>.
82. Josipovic P, Moharic M, Salamon D. Translation, cross cultural adaptation and validation of the Slovenian version of Harris Hip Score. *Helath Qual Life Outcomes.*2020; 18:35),
83. Khramov VV, Polyamina AY, Tolstokarov Sa et al. The course of medical rehabilitation at the department of kinesitherapy, sports medicine and physiotherapy. *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2017; 1391):96-98.
84. Kinov P et al. Correlation between high pain and radiological findings with proximally porous-coated stem. *Acta ortop Belgica.* 2007; 73:618-624.
85. Kitson A, Marchall A, Bassett A et al. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of advanced nursing.*2013;69(1):4-15.
86. Krastanova M, Ilieva I, Vacheva I. Rehabilitation of patients with hip joint arthroplasty (late post-surgery period – hospital rehabilitation. *Folia Medica.* 2017; 59(2): 217-221.
87. Krastanova, M, Vacheva D. Complex Functional Assesment of the hip joint. *J of IMAB.* 2015; 21(3).
88. Krumov J, Obretenov V, Bozov H, Tzachev N, Milanova H, Panayotov H et al. Is gropup-based physical therapy superior to individual rehabilitation in elderly adults after total knee arthroplasty? A prospective observational study. *Eur J Transl Myol* 32 (4):10984.

89. Kuipers Sj, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multimorbidity in the primary care settings. *BMC Health Services Research*. 2019; 19:13.
90. Kumar P., Sen RK, Aggarwal C. Assessment and reliability of the World Health Organisation quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire in total hip replacement patients. *J Clin Orthop Trauma*. 2021; 11(5):756-759.
91. Landerberg E, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the concept of the concept of patient-centredness – systematic review. *Patient education and counseling*. 2019; 102:1228-1236.
92. Larsen K, Hansen TB, Thomsen PB et al. Cost-effectiveness of accelerated rehabilitation after total hip and knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*. 2009; 91(4):761-72.
93. Lechman BJ, David DM, Gruber JA. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Soc. Personal Psychol. Compass*. 2017; 11:e12328.
94. Lindgren V, Gordon M, Wretenberg. Deep infections after total hip replacement: A method for national incidence surveillance. *Infection control, and hospital epidemiology*. 2014; 35(12):1491-14-96).
95. Machin JT, Phillips S, Parker M et al. Patient satisfaction with the use of an enhanced recovery programme. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013; 95(8):577-81; Okamoto T, Ridley RJ, Edmondston SJ et al. Day-of-Surgery mobilization reduces the length of stay after elective hip arthroplasty. 2016; 31(10):2227-30;
96. Malahias MA, Gu A, Richardson SS. Hospital discharge within a day after total hip arthroplasty does not compromise 1-year outcomes compared with rapid discharge: An analysis of an insurance claims database. *The journal of Arthroplasty*. 2020; 35:107-112.

97. Mancheva P, Nenova G, Nedev N, Kraycheva E. Role of rehabilitation in chronic disease. *Jorunak of Varna Medical College*. 2018; 1(1):30-33.
98. Marchiso AE, Ribeiro TA, Umpierres CS et al. Accelerated rehabilitation versus conventional rehabilitation in total hip arthroplasty (ARTHA): a randomized double blinded clinical trial. *Rev Col Bras Cir* 47:e20202548.
99. Mariconda M, Galasso O, Costa G et al. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study. *BMC Musculoskeletal disorders*. 2011; 12:222.
100. Masiero S, Pranovi G, Di Pumpo M. Does Aquatic thermal therapy improve quality of life after total hip replacement? A retrospective preliminary pilot study. *Int Biometeorol*. 2020; 64(6):1023-1026.
101. Mateva N, Nonchev B. Chronic diseases monitoring – key aspects and problems. *International journal and scientific and applicative papers*. 2015; 8(1):48-53.
102. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*. 2000; 51:1087-1110.
103. Mihov K, Zagorov M, Dobrilov S, Nenova G. Custom hip arthroplasty. *Scripta Scientifica Medic*. 2016; 48(3):22-29.
104. Nassar I, Fahey J, Mitchell D. Rapid recovery, following hip and knee arthroplasty using local infiltration analgesia: length of stay, rehabilitation protocols and cost savings. *ANZ J Surg*. 2020; 355-359.
105. Nenova G, Mancheva P, Kostadinova T. Satisfaction of patients with arthrosis from multidisciplinary cooperation. *J of IMAB*. 2016; 22(4): 1338-1343),
106. Nestorova V, Mircheva I. Work-related musculoskeletal disorders (WMSDS): Risk factors, diagnosis and prevention. *Scripta Scientifica Salutis publicae*. 2018; 4:15-21.

107. Nistor DV, Bota NC, Caterev S et al. Are physical therapy pain levels affected by surgical approach in total hip arthroplasty? A randomized controlled trial. *Orthopedic Reviews*. 2020; 12(8339):41-45.
108. Ollson LE, Karlson J, Berg U, Karrholm J, Hansson E. Person-centered care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty – a quasi-experimental study. *Journal of orthopaedic surgery and research*. 2014; 9(95)
109. Papalia R, Campi S, Vorini F et al. The role of physical activity and rehabilitation following hip and knee arthroplasty in the elderly. *Journal of Clinical Medicine*. 2020; 9 (5):1401.
110. Petrzak J, Hossain F S, Konan S. Prevention of limb length discrepancy in total hip arthroplasty. *Br J Hosp Med (lond)*. 2017; 78(7):385-390).
111. Prasoon K, Sen R, Aggarwal S, Rajnish RK. Reliability of modified Harris Hip Score as a tool for outcome evaluation of total hip replacement in Indian population. *J Clin Orthop Trauma*. 2019; 10(1):128-130.
112. Rahman S. *Manual of physical medicine and rehabilitation*. 2017.
113. Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2008 ;44(3):329-342.
114. Scheerlink T, De Winter E, Sas A. Hip implants can restore anatomical and medialized rotation centres in most cases: a 3D templating study comparing four implantation strategies. *Bone Jt Open*. 2021; 2(7): 476-485
115. Sculco PK, Cottino U, Abdel M. Avoiding Hip Instability and Limb length discrepancy after total hip arthroplasty. *Orthop clin North Am*. 2016; 47(2): 327-34.

116. Shapira J, Chen S, Rosinsky P et al. Outcomes of outpatient total hip replacement: a systematic review. *Hip international*. 2020; 31(1):4-11.
117. Sheety S, Nguyen JT, Wu A. Risk factors for nerve injury after total hip arthroplasty: A case-control study. *The Journal of arthroplasty*. 2019; 34: 151-156.
118. Singh JA, Yu S, Chen L. rates of total hip replacement in the United States: future projections to 2020-2040 using the National Inpatient sample. *J Rheumatol* 2019; 46: 1134-1140.
119. Sivansakar M, Arunkumar S, Bakkiyaraj V et al. A review of Total hip replacement. *International research journal in advanced engineering and technology* 2016; 2(2): 589-642.
120. Sloan M, Premkumar A, Sheth Np. Projected volume of primary total hip arthroplasty in the U.S., 2014 to 2030. *J bone joint Surg Am*. 2018; 100:1455-1460.
121. Soderman P, Malchau H. Validity and reliability of Swedish WOMac osteoarthritis index: a self-administrated disease specific questionnaire (WOMAC) versus generic instruments (SF-36 and NHP). *Acta Orthop Scand*. 2000; 71(1): 39-46.
122. Stark AS, Salanterra S, Sigurdadottir AK. Spouse-related factors associated with quality of recovery of patients after hip or knee replacement – a Nordic perspective. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. 2016; 23: 32-46
123. Tanzer M, Pednault C, Yakobov E et al. Marital Relationship and quality of life in couples following hip replacement surgery. *Life*. 2021; 11(401).
124. Thiedke C. What do we really know about patient satisfaction. *Family practice management*. 2007; 14(1):33-36.
125. Thosnga Th, Kapetanakis S, Papathanasiou J, Mourgias N, Fiska A et al. Evaluation of improvement in quality of life and physical activity

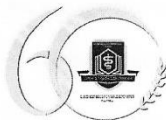
- after total knee arthroplasty in greek elderly women. *Open Orthop j.* 2011; 5:343-347.
126. Troev T, Papathanasiou J. *Essentials of Physical and rehabilitation medicine for undergraduate medical student.* Lax Book. Plovdiv. 2016. ISBN: 978-619-189-041-5.
127. Vladeva E, Mihaylova M, Panayotova L. Deep oscillations – reducing edema and improving kinesiology in the early stages after knee joint arthroplasty. *J of IMAB.* 2021; 27(1):3577-3581.
128. Waibel FW, Berndt K, Jentsch et al. Symptomatic leg length discrepancy after total hip arthroplasty is associated with new onset of lower back pain. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2021; 107(1):102761.
129. Wainwright T, Gill M, McDonald D et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery Enhanced recovery after surgery (ERAS) Society recommendations. *Acta Orthopaedica* 2020; 91 (1): 3-19.
130. Wang Q, Lee RL, Hunter S, Chan SW. The effectiveness of internet-based telerehabilitation among patients after total joint arthroplasty: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Telemed Telecare.* 2021.
131. Wetters NG, Murray TG, Moric M et al. Risk factors for dislocation after revision total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res.* 2013; 471:410-416.,
132. WHO World report on disability. 2011.
133. Wylde V, Hewlett S, Learmonth I. Persistent pain after joint replacement: Prevalence, sensory qualities and postoperative determinants. *Pain.* 2011; 152: 566-572
134. Zhang C, Xiao J. Application of fast-track surgery combined with clinical nursing pathway in the rehabilitation of patients undergoing total hip

arthroplasty. Journal of international Medical research. 2020; 48(1):  
0300060519889718.

## Протокол-решение на КЕНИ

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ВАРНА  
„Проф. д-р Параскев Стоянов“

гр.Варна 9002, ул.„Марин Дринов“ 55  
тел. +359 52 677 050, факс. + 359 52 650 019  
uni@mu-varna.bg; www.mu-varna.bg



PROSPERITAS VESTRA FINIS NOSTRA!

MEDICAL UNIVERSITY - VARNA  
"Prof. Dr. Paraskev Stoyanov"

55 Marin Drinov Str., Varna 9002 Bulgaria  
phone +359 52 650 057, fax + 359 52 650 019  
uni@mu-varna.bg; www.mu-varna.bg

*Препис-извлечение!*

**ПРОТОКОЛ / РЕШЕНИЕ № 103**  
**на КОМИСИЯТА ПО ЕТИКА НА НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ**  
**ПРИ МУ – ВАРНА**  
**Заседание на 27.05.2021 г.**

Предвид обявената извънредна епидемична обстановка в страната, свързана с разпространението на COVID-19 и на основание чл. 8, ал. 7 от Правилника за работа на Комисията по етика на научните изследвания в МУ – Варна, заседанието на Комисията се проведе чрез платформата Blackboard. В 14.30 ч. започна заседанието, на което дистанционно участваха редовните членове, а именно:

Председател: Проф. Бистра Галунска, д.фарм.

**Редовни членове:**

1. Проф. д-р Йото Йотов, д.м.
2. Проф. д-р Мария Цанева, д.м.
3. Проф. д-р Албена Керекювска, д.м.
4. Проф. д-р Методи Абаджиев, д.м.н.
5. Доц. Веселина Славова, д.ф.
6. Доц. д-р Десислава Ванкова, д.м.
7. Д-р Александър Златаров, д.м.
8. Иванка Кондова – юрист

На заседанието, по уважителни причини, не взеха участие: проф. д.б.н. Диана Иванова и проф. д-р Радосвета Андреева-Борисова, д.м.н.

Заседанието на Комисията по Етика на научните изследвания (КЕНИМУВ) при МУ-Варна има кворум и протече по предварително обявения дневен ред. То беше ръководено от проф. Бистра Галунска, д.фарм. Протоколът води Мирослава Николова от отдел „Административен“ на Научноизследователския институт към МУ-Варна.

Заседанието на Комисията има кворум и се проведе по предварително обявения **дневен ред**:

.....  
1.11. „Изследване на качество на живот след ранна рехабилитация на тазобедрено ендопротезиране“ с главен изследовател д-р Деница Гроздева – Катедра „Консервативно зъболечение и орална патология“, МУ – Варна  
.....

Заседанието на Комисията по Етика на научните изследвания (КЕНИМУВ) при МУ-Варна има кворум и протече по предварително обявения дневен ред. То беше открито и ръководено от проф. Бистра Галунска, д.фарм. Протоколът води Мирослава Николова от отдел „Административен“ на Научноизследователския институт към МУ-Варна.  
.....

По т. 1.11. от дневния ред проф. д-р Методи Абаджиев, д.м.н. представи доклада си относно заявено научно изследване на тема: „Изследване на качество на живот след ранна рехабилитация на тазобедрено ендопротезиране“ с главен изследовател д-р Деница Гроздева – Катедра „Консервативно зъболечение и орална патология“, МУ – Варна.

Комисията изслуша доклада на рецензента, който представя обобщена информация за научното



изследване, оценка на етичните аспекти и мотивирано предложение за положително становище.

На базата на приложените документи, доклада на рецензента за оценка на етичните аспекти, Комисията гласува както следва:

Гласували: 9

Одобрили: 9 Против: няма

Въздържали се: няма

**РЕШЕНИЕ:** Комисията по етика на научните изследвания при МУ - Варна одобрява провеждането на научното изследване „Изследване на качество на живот след ранна рехабилитация на тазобедрено ендопротезиране“ с главен изследовател д-р Деница Неделчева Гроздева – Катедра „Консервативно зъболечение и орална патология“, МУ – Варна.

Във връзка с изискването за извършване на текущ надзор на хода на проучването /съгласно Наредба № 31 за определяне на правилата за добра клинична практика., чл. 203, ал. 5 от Закона за здравето и Правилника на КЕНИ (2012 г.)/

**Главният изследовател се задължава:**

- Да уведоми писмено Комисията по етика на научните изследвания при МУ-Варна за **стартването** на научното изследване;
- Да представи на Комисията **писмен доклад за прогреса** на проучването - в срок до 1 година от неговото начало, включващ данни относно броя участващи в изследването до момента лица, броя прекратени участия и причините за тях, отчитани ползи и рискове за участниците, направени промени в одобреното изследване и друга важна нова информация, както и очаквана продължителност на проучването;
- Да представи на Комисията **писмен окончателен доклад** при приключване на научното изследване;
- Да информира писмено Комисията при планиране от изследователския екип на **промени** в методите, плана, процедурите или постановката на вече одобреното проучване;
- Местната Комисия по етика на научните изследвания е създадена и работи съгласно правилата на Добрата клинична практика и съобразно изискванията на национални и международни документи в областта на етиката на научните изследвания и научните публикации. Комисията спазва законите и наредбите, действащи на територията на Република България.

.....

Поради изчерпване на дневния ред, заседанието бе закрито от проф. Бистра Галунска, д.фарм.

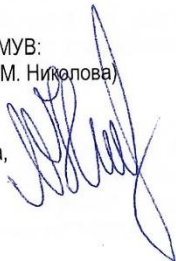
ПРЕДСЕДАТЕЛ КЕНИМУВ:

\_\_\_\_\_/п/\_\_\_\_ (проф. Б. Галунска, д.ф.)

СЕКРЕТАР КЕНИМУВ:

\_\_\_\_\_/п/\_\_\_\_ (М. Николова)

Вярно с оригинала,  
(М. Николова)



## Приложение №2

### Административна анкета

#### Анкетна карта

за проучване на социалния статус на пациентите, претърпели ендопротезиране на тазобедрена става

#### Уважаема/и г-жо/г-не,

Настоящият въпросник цели да проучи Вашия социален статус и влиянието на ендопротезирането върху начина и качеството на Вашия живот. Изследването се извършва от Факултета по Обществено здраве на Медицински университет-Варна. Молим да бъдете максимално откровени, когато отговаряте на поставените въпроси:

- Пол  Мъж  Жена
- Възраст  18-65 години  65+ години
- Имате ли решение на ТЕЛК и през коя година се явихте за първи път на ТЕЛК? .....
- Сега имате ли процент трайно намалена работоспособност/степен на увреждане?  Да, над 90% с чужда помощ  Да, от 71 до 90%  
 Да, над 90% без чужда помощ  Да, от 51 до 70%  
 Не, нямам
- Образование  Висше  Полувисше/средно специално  
 Средно  Основно
- Трудова заетост  Работещ/а  Неработещ/а пенсионер/ка  
 Работещ/а пенсионер/ка  Без трудова заетост
- Какво сте работили до момента на ендопротезирането? .....
- Семейно положение  Женен/Омъжена  Разведен/Разведена  
 Неженен/Неомъжена  Вдовец/Вдовица
- Имате ли деца?  Да  Не
- Какъв е средният месечен доход на едно лице от Вашето домакинство (в лева)?  До 500  От 500 до 700  
 Над 700
- Населено място  Село  Областен град  
 Необластен град

**ВЪПРОСНИК ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТА**

С този въпросник искаме да оценим качеството на живота Ви. Качеството на живота е субективна оценка, която отразява доколко сте удовлетворени или неудовлетворени от различни области на живота си като здравословно състояние, отношения, материално състояние, духовна област и др.

Моля отговорете на всеки от въпросите. Ако не сте сигурни кой отговор да дадете, изберете този, който Ви изглежда най-подходящ. Това често е първият отговор, който Ви хрумне. Отговаряйте в съответствие на Вашите принципи, надежди, радости и грижи. Молим Ви оценките, които давате да се отнасят **за последните две седмици. Заградете с кръгче цифрата** под отговора, който най-добре отразява Вашето мнение по зададения въпрос.

**1. (G1) Как оценявате качеството на живота си?**

Много лошо	Лошо	Нито добре, нито лошо	Добро	Много добро
1	2	3	4	5

**2.(G4) В каква степен сте удовлетворен/а от здравето си?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**3. (F1.4) Доколко (физическа) болка Ви пречи да извършвате онова, което Ви е необходимо?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**4.(F11.3) До каква степен имате нужда от медицинско лечение, за да изпълнявате ежедневните си дейности?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**5.(F4.1) Доколко се радвате на живота?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**6. (F24.2) Според Вас до каква степен животът Ви е изпълнен със смисъл?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**7. (F5.3) Доколко сте способен/способна да се концентрирате?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**8. (F16.1) Чувствате ли се в безопасност в ежедневието си?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**9. (F22.1) Доколко е здравословна заобикалящата Ви среда?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

Следващите въпроси се отнасят до това доколко сте изпитвал или сте бил способен да правите определени неща **през последните две седмици**.

**10. (F2.1) Имате ли достатъчно енергия в ежедневието?**

Никак	Донякъде	Средно	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**11. (F7.1) Приемате ли физическата си външност?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**12. (F18.1) Имате ли достатъчно пари, за да задоволявате нуждите си?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**13. (F20.1) Доколко разполагате с нужната за ежедневието Ви информация?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

**14. (F21.1) До каква степен имате възможност за почивка и развлечения?**

Никак	Донякъде	Умерено	До голяма степен	Изключително много
1	2	3	4	5

Следващите въпроси са относно това до каква степен сте бил **удовлетворен** от различни страни на живота Ви **през последните две седмици**.

**15. (F3.3) Доколко сте удовлетворен/а от съня си?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**16. (F10.3) Доколко сте доволен/доволна от способността си да извършвате ежедневните си дейности?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**17. (F12.4) До каква степен сте удовлетворен/а от работоспособността си?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**18. (F6.3) Доколко сте доволен/а от себе си?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**19. (F13.3) До каква степен сте удовлетворен/а от личните си взаимоотношения?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**20. (F15.3) До каква степен сте удовлетворен/а от сексуалния си живот?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**21. (F14.4) До каква степен сте удовлетворен/а от подкрепата, която получавате от вашите приятели?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**22. (F17.3) До каква степен сте удовлетворен/а от условията на мястото, където живеете (дом, болница и др.)?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**23. (F19.3) До каква степен сте удовлетворен/а от достъпа до здравни услуги?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**24. (F23.3) До каква степен сте удовлетворен/а от транспорта (личен и обществен)?**

Напълно неудовлетворен	Неудовлетворен	Нито удовлетворен, нито неудовлетворен	Удовлетворен	Напълно удовлетворен
1	2	3	4	5

**25. (F9.1) Доколко сте способен/а да се придвижвате самостоятелно?**

Много Трудно	Трудно	Нито трудно, нито лесно	Лесно	Много лесно
1	2	3	4	5

**26. (F8.1) колко често изпитвате негативни чувства като тъга, отчаяние, тревога и депресия?**

Никога	Понякога	Нито често, нито рядко	Много често	Винаги
1	2	3	4	5







