ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ МЕНІСКУ

FEATURES OF EARLY REHABILITATION AFTER MENISCUS RESECTION

Константинова І.А., Павлова Т.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна.

**Анотація.** У статті розглянуто основні принципи застосування методів фізичної реабілітації хворих після артроскопічної меніскектомії. Значну увагу приділено вибору програми фізичної реабілітації, що націлена на зменшення після операційних ускладнень та відновлення функції суглоба.

**Ключові слова:** колінний суглоб, артроскопія, фізична реабілітація. Abstract. This article adduces the basic principles of application of methods of physical rehabilitation of patients after arthroscopic menisectomy. Considerable attention is paid to the choice of physical rehabilitation program aimed at reducing postoperative complications and restoration of joint function.

**Key words:** knee joint, arthroscopy, physical rehabilitation program.

**Вступ.** За даними статистики, 25% від загального числа пошкоджень опорно-рухового апарату призводить до інвалідності, а половина з них – це тяжка інвалідність. Близько 90% травмованих, які втратили працездатність, – це особи молодого та середнього віку. За даними лікарсько-трудової експертизи у 26,1% випадків причинами інвалідності є функціональні, а не морфологічні зміни в опорно-руховому апараті. Найбільш частою патологією опорно-рухового апарату є травми колінного суглоба, які складають 10-24% всіх пошкоджень нижніх кінцівок, а серед останніх на долю пошкоджень менісків і зв’язочного апарату колінного суглоба доводиться 80,7-84,8%. [1]

Проблема відновлення пацієнтів із патологією колінного суглоба лишається важливою і однією з найскладніших у сучасній травматології та фізичній реабілітації. [2]

 **Мета дослідження**

•Проаналізувати результати сучасних науково-методичних даних щодо порушення функції в пацієнтів з ураженням менісків.

 • Визначити та розробити комплекс фізичних вправ для підвищення ефективності відновлювальних заходів пацієнтів.

 **Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети проведено аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, який вказує на велику значущість реабілітаційного та соціальноекономічного аспектів проблеми [3]. Є декілька чинників, що збільшують схильність до пошкоджень менісків, до яких відносять природжену дископодібну форму, слабість навколишньої мускулатури і слабість зв'язкового апарата. Ушкодження менісків можуть відбуватися як при прямому, так і при непрямому механізмі дії. Частою причиною ушкоджень менісків вважаються стрибки і швидкий біг на жорсткому ґрунті, а також ударні дії ногою, які приводять до поєднаної травми меніска і суглобового хряща. У гострому періоді – наявність різкого болю, гемартрозу і обмеження функції, у хронічній стадії – наполегливий травматичний синовіт, часті блокади суглоба, обмеження розгинання і згинання.[1] Артроскопічне видалення ушкодженої частки меніска є сучасним малоінвазивним методом операцій нового втручання, який сприяє більш швидкому відновленню функції суглоба й м’язів кінцівки та зменшує ймовірність ускладнень [2].

В основі патоморфологічних механізмів, що формуються після, лежать порушення аферентації від іммобілізованної кінцівки. У разі тривалої іммобілізації поступово затухає аферентна імпульсація, розвивається функціональна моторна денервація, зявляються функціональні, а потім і морфологічні зміни в м’язах, суглобах іммобілізованої кінцівки. Поступово внаслідок втрати м’язової еластичності та її ретракції розвиваються контрактури і мязові стовщення. Ці зміни проявляються в зменшенні амплітуди рухів у суглобах, силових можливостей і тонусу мязів. У кінцевому результаті це призводить до обмеження працездатності, а нерідко- і до інвалідності. Причинами останної, за даними лікарняно-трудової експертизи, у 26,1% випадків є функцональні, а не морфологічні зміни. Вони виникають внаслідок довгої тимчасової акінезії, повязаної з іммобілізацією, ліжковим режимом, вторинних змінах у тканинах. Ці зміни також повяязані з несвоєчасним і нерегулярним застосуванням засобів відновного лікування , а саме: ЛГ, масажу, трудотерапії, тренування в ходьбі тощо.

Таким чином, тривалий спокій, знижуючи емоційну та фізичну активність хворого, посилює порушення, спричинені травмою, розвиток ускладнень, знижуючи рівень адаптації організму до фізичного навантаження[4].

Враховуючи вищесказане, реабілітація повинна проводитися на лікарняному та післялікарняному етапах за трьома періодами перебігу хвороби:

─ ранній післяопераційний період – перший період;

 ─ пізній післяопераційний період – другий період;

─ тренувально-відновний період – період реабілітації.

 Ранній післяопераційний період при частковій артроскопічній меніскектомії починається з 1-2 доби після операції і продовжується в середньому біля2-3-х тижнів. Завданнями реабілітації в цьому періоді є:

─ нормалізація трофіки тканин колінного суглоба;

─ прискорення процесів регенерації тканин;

─ профілактика згинальної і розгинальної контрактури суглоба;

─ стимуляція скоротливої здатності м'язів стегна;

─ підтримка загального тонусу організму.

Після часткової артроскопічної меніскектомії лікувальна фізична культура призначається з 1-ої доби після операції спочатку на ліжковому руховому режимі, через 2-3 доби – на палатному, а через 5-6 діб на вільному режимі – у залі ЛФК.

Із засобів ЛФК в перші 6-7 діб використовуються:

─ активні загальнорозвиваючі вправи для верхніх кінцівок, плечового поясу, тулуба, шиї і здорової нижньої кінцівки;

─ з 1-ої доби – дихальні статичні і динамічні вправи;

─ з 2-ої доби після операції включаються пасивні та активні вправи для пальців стопи та гомілковостопного суглоба, а з 2-3-ої доби – для тазостегнового суглоба оперованої ноги;

─ з 2-3-ої доби призначаються обережні згинання та розгинання в колінному суглобі оперованої ноги, ізометричні вправи для чотирьохголового м'язу стегна.

У перші дні виконується короткочасна (1-2 сек) напруга м'яза, яка чергується з розслабленням (2-3 сек), кількість повторень їх 10-20 разів. В перебігу доби хворий самостійно повторює ці вправи 3-4 рази. Через декілька днів тривалість періоду напруги зростає до 6-8 сек, а пауза розслаблення 10-12 сек, кількість повторень – до стомлення.[1]

**Отримані результати.** Артроскопія дає змогу значно прискорити проведення післяопераційної реабілітації, що обумовлює можливість раннього навантаження на травмовану кінцівку, ранню розробку рухів у колінному суглобі, а також раннє повернення до професійної діяльності. Сучасні методики фізичної реабілітації спрямовано на зниження післяопераційних ускладнень і попередження рецидивних травм [5].

**Висновки.** Правильно підібраний і вдало застосований процес реабілітації дає змогу відновити нормальну рухливість даного суглоба. Повне відновлення рухливості колінного суглоба можливе лише при комплексній дії кількох методів реабілітації, різновидів їх форм та засобів. Дії цих засобів координуються між собою, підсилюють вплив одне одного.

**Список використаної літератури:**

 1. Матига О.М. «Фізична реабілітація при порушеннях опорно-рухового апарату»: навч. посібник/ за ред. О.М. Матига- Маріуполь: Маріупольський державний університет, 138-140с.

2. Лоскутов А. Е. Медицинская реабилитация больных после артроскопии коленного сустава / А. Е. Лоскутов, М. Головаха// Ортоп. Травматол. -2004.-№1.- С. 47-49. М. Л. Головаха / Bicник ортопедії, травматології та протезування. – 2008. – № 4. – С. 35–40.

 3. Доленко Ф.Л. Берегите суставы. - М.: ФиС,2010. 87 с.

4. Клапчук В.В., Дзяк Г.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина /В.В. Клапчук – К.: Здоров’я, 1995.- С. 160-161.

 5. Котельников Г. П. Пост травматическая нестабильность коленного сустава / Г. Котельников. – Самара : Дом печати, 1998. – 184 с.

 **Відомості про авторів / Information about the Authors**

**Константинова Ірина Анатоліївна,** студентка 2 курсу Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна.

Konstantynova Irina, student, Kharkiv National Medical University, Kharkov, Ukraine e-mail: iriskponomareva@gmail.com

**Павлова Тетяна Михайлівна,** кандидат медичних наук, доцент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини, фізичної терапії та ерготерапії, Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна.

 Pavlova Tatyana, candidate of medical sciences, assistant professor(docent) Department of Physical Reabilitation, Sports Medicine with a Cource of Physical education and Health, Kharkiv National Medical University, Kharkov, Ukraine e-mail: pavlovat816@gmail.com