

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ

*АНАНЬЄВА Т. Г., к. мед. н., доцент
Харківська державна академія фізичної культури*

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕТРЕНОВАНИХ ОСІБ ПІСЛЯ УШКОДЖЕННЯ МЕНІСКА КОЛІННОГО СУГЛОБА У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Анотація. Доведена ефективність розробленої та впровадженої в умовах поліклініки програми фізичної реабілітації нетренованих чоловіків молодого віку у віддаленому періоді після рефіксації меніска.

Ключові слова: рефіксація меніска, фізична реабілітація, віддалений період.

Вступ. Згідно статистичним дослідженням найбільшу групу травм колінного суглоба складають ушкодження меніска, на долю яких доводиться до 50-85% [3; 7]. Відомо, що основними причинами цих ушкоджень є раптові ротаційні рухи в колінному суглобі при різних співвідношеннях стегна, гомілки та стопи [1]. Сприятливими факторами ушкодження меніска, на думку відомих травматологів, є попередні мікротравми, запальні та дистрофічні процеси хряща [5; 7]. Згідно дослідження ряду авторів [3; 4; 7], частіше за все діагностуються поздовжні розриви меніска, паракапсулярні розриви типу «ручки-лійки», периферичні паракапсулярні розриви, які потребують хірургічного втручання за допомогою артроскопічної техніки, що дозволяє значно скоротити терміни перебування оперованих на стаціонарному ліжку, але незважаючи на малоінвазивність артроскопічної операції тривалий час у післяопераційному періоді, за даними досліджень реабілітологів, спостерігаються гіпотрофія м'язів стегна та гомілки, обмеження рухів в оперованому колінному суглобі, що на їх думку, ускладнює та затримує терміни відновлення рухової функції та рухового стереотипу [1; 3; 4].

За останні роки достатньо накопичено теоретичний і практичний досвід застосування засобів фізичної реабілітації, розроблені загальні принципи та положення програм фізичної реабілітації після артроскопічного втручання з приводу дегенеративно-дистрофічних захворювань, дисплазії колінного суглоба та ушкоджень меніска та капсульно-зв'язкового апарату, переважно у спортсменів [2; 3; 5; 6], але недостатньо відображено робіт, присвячених розробці та запровадженню програм фізичної реабілітації у віддаленому періоді після артроскопічної операції з приводу ушкодження меніска у нетренованих осіб з урахуванням віку, статті, супутньої соматичної патології. Це диктує необхідність розробки, наукового обґрунтування та доведення ефективності програми реабілітації для певних груп населення, що є актуальною медичною та соціально-економічною проблемою.

Мета дослідження: дати наукове обґрунтування комплексної програми фізичної реабілітації для нетренованих чоловіків молодого віку після зшивання меніска за допомогою артроскопічної техніки у віддаленому періоді.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасну спеціальну літературу з проблеми фізичної реабілітації травмованих осіб після ушкодження меніска колінного суглоба.
2. Визначити зміни клінічних та інструментальних показників рухової функції ушкодженої кінцівки травмованих чоловіків, які знаходилися на початку віддаленого періоду після рефіксації меніска.
3. Розробити та обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації для нетренованих чоловіків молодого віку, які знаходилися у віддаленому періоді після рефіксації меніска.
4. Оцінити ефективність впровадженої програми фізичної реабілітації на підставі вивчення й аналізу динаміки антропометричних і гоніометричних показників ушкодженої нижньої кінцівки у порівнянні з величинами здорової.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням на поліклінічному етапі реабілітації перебувала протягом трьох років 20 чоловіків молодого віку (19–23 років), які знаходилися у віддаленому періоді після рефіксації меніска за допомогою артроскопічної техніки. Постраждали чоловіки довільно розподілялися нами на контрольну (КГ) і основну (ОГ) групи, в кожній по 10 хворих. Аналіз амбулаторних карток хворих чоловіків свідчив про те, що показаннями до рефіксації (зшивання) меніска у 75% чоловіків були поздовжні розриви медіального меніска, а у 25% – периферичні паракапсулярні розриви меніска. Більшість постраждалих (80%) навчалися у різних вузах, а 20% чоловіків працювали у різних закладах.

Для вирішення поставлених завдань використовувались наступні методи дослідження: аналіз сучасної спеціальної літератури; аналіз медичних карток постраждалих; клінічні методи – анамнез, соматоскопія, пальпація, аускультация; антропометричні показники охопаних розмірів стегна та гомілки; гоніометричні показники амплітуди рухів у колінному суглобі; лікарсько-педагогічні спостереження; методи математичної статистики. Дослідження проводилися за загальноприйнятими методиками.

Результати дослідження. Під час первинного обстеження (на початку 8 тижня після операції) чоловіки обох груп пред'являли скарги на кульгавість і появу незначного болю у пошкоджену суглобі під час ходьби, а також неможливість повноцінного виконання побутових і професійних навичок. Порівняльний аналіз показників опорно-рухового апарату чоловіків обох груп свідчив про односпрямованість незначного зниження амплітуди активного згинання у прооперованому колінному суглобі у порівнянні з показниками нормальних величин згинання здорового суглоба (Є. Т. Складенко, 2007), як у чоловіків контрольної, так і основної груп. Така ж закономірність була виявлена щодо показників охопаних розмірів стегна та гомілки ушкодженої кінцівки як у спокої, так і при напруженні м'язів кінцівок (табл.). Результати первинного обстеження хворих свідчили про однорідність контрольної та основної груп за віком, статтю, локалізацією та характером травми, методом оперативного втручання, періодом реабілітації та відсутністю достовірних відмінностей між визначеними антропометричними та гоніометричними показниками.

Динаміка антропометричних та гоніометричних показників нижніх кінцівок чоловіків обох груп під впливом реабілітаційних дій

№	Показники	Обстеження	Контрольна група	Основна група	t	p
			$\bar{X} \pm m$	$\bar{X} \pm m$		
1. Охват стегна у спокої, см						
1	- ушкодженої кінцівки	I	50,70±0,20	50,50±0,19	0,72	>0,05
		II	51,30±0,08	51,80±0,06	5,00	<0,005
	- здорової кінцівки	I	51,81±0,03	51,91±0,04	0,63	>0,05
		II	51,91±0,04	51,93±0,08	1,00	>0,005
2. Охват стегна при напруженні м'язів, см						
2	- ушкодженої кінцівки	I	52,14±0,04	52,11±0,05	0,50	>0,05
		II	52,16±0,04	53,00±0,04	6,02	<0,005
	- здорової кінцівки	I	53,02±0,11	53,04±0,03	0,18	>0,05
		II	53,04±0,03	53,05±0,04	0,20	>0,05
3. Охват гомілки у спокої, см						
3	- ушкодженої кінцівки	I	32,75±0,58	33,00±0,69	0,87	>0,05
		II	34,10±0,35	36,40±0,34	4,58	<0,005
	- здорової кінцівки	I	36,05±0,33	37,00±0,32	0,66	<0,05
		II	36,81±0,08	37,01±0,09	1,66	>0,05
4. Охват гомілки при напруженні м'язів, см						
4	- ушкодженої кінцівки	I	34,36±0,36	34,42±0,14	0,16	>0,05
		II	36,90±0,04	37,12±0,05	3,33	<0,05
	- здорової кінцівки	I	37,00±0,09	37,10±0,12	0,66	>0,05
		II	37,10±0,12	37,20±0,12	0,59	>0,05
5. Амплітуда активного згинання у колінному суглобі, градуси						
5	- ушкоджену кінцівку норма	I	109,80±1,59	109,10±1,16	0,35	>0,05
		II	128,40±0,72	129,90±0,06	2,14	<0,05
			130	130		

Виявлені порушення рухової функції у чоловіків обох груп були нами враховані при побудові програми фізичної реабілітації для хворих основної групи. Програма фізичної реабілітації, що застосовувалася у поліклініці для чоловіків контрольної групи включала: заняття лікувальною

гімнастикою (по 45–60 хв; на курс 10 процедур) у залі ЛФК за загальноприйнятою методикою для віддаленого періоду; процедури фізіотерапії – інфрачервоне опромінювання прооперованого колінного суглоба (по 10 хв; на курс №10); процедури лікувального масажу прооперованої нижньої кінцівки за класичною методикою. Програма фізичної реабілітації для основної групи відрізнялася від загальноприйнятої в поліклініці призначенням гідрокінезотерапії (спеціальні фізичні вправи з дозованим опором з різними пристосуваннями, тренування у ходьбі, лікувальне плавання); механотерапії – робота на велотренажері з повним діапазоном регулювання рухів у колінному суглобі; процедур фізіотерапії – імпульсної магнітотерапії (по 10 хв) та процедур лікувального масажу прооперованої кінцівки за класичною методикою. Заняття у басейні проводилися 2 рази на тиждень (по 45–60 хв), на велотренажері – 3 рази на тиждень (по 20–35 хв).

Під впливом застосування (протягом 2-х тижнів) реабілітаційних заходів за різними програмами відбувалися позитивні зрушення стану здоров'я, антропометричних і гоніометричних показників ушкодженої нижньої кінцівки у чоловіків обох груп. У всіх хворих ОГ і 70% КГ зникли скарги на болісність і кульгавість ушкодженої кінцівки під час ходьби. Порівняльний аналіз антропометричних і гоніометричних показників між групами хворих дозволив встановити достовірне збільшення охоплених величин стегна та гомілки у спокої та напруженні м'язів, а також значне збільшення амплітуди активного згинання у колінному суглобі прооперованої кінцівки, які практично наблизилися до величин здорової кінцівки у хворих основної групи у порівнянні з показниками чоловіків контрольної групи (табл.).

Це свідчило про доцільність призначення чоловікам, які знаходилися у віддаленому періоді після артроскопічної операції, комплексу реабілітаційних заходів за розробленою та впровадженою програмою фізичної реабілітації, що сприяла зміцненню м'язів кінцівки, нормалізації об'єму рухів у колінному суглобі та відновлюванню рухової функції ушкодженої кінцівки.

Висновки:

1. В останні роки значного розповсюдження серед травм колінного суглоба набули ушкодження меніска у різних верств населення, в комплексному лікуванні яких провідна роль після хірургічного втручання належить засобам фізичної реабілітації.

2. Запропонована та впроваджена в умовах поліклініки комплексна програма фізичної реабілітації для нетренованих чоловіків молодого віку у віддаленому періоді після рефіксації меніска з використанням гідрокінезотерапії, механотерапії у поєднанні з магнітотерапією та лікувальним масажем була ефективною, раціональною, дозволила значно зміцнити м'язи стегна та гомілки прооперованої кінцівки, нормалізувати об'єм руху в колінному суглобі та покращити рухову функцію.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою науково-обґрунтованої програми фізичної реабілітації для хворих після ушкодження меніска з урахуванням віку та статі в умовах санаторію.

Список використаної літератури:

1. Епифанов В. А. Реабілітація в травматології / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 336 с.
2. Мосаб С. Х. Амуді Комплекса фізична реабілітація хворих після хірургічного лікування остеоартрозу колінного суглоба : автореф. дис. канд. фіз. вих.: 24.00.03 / Мосаб С. Х. Амуді. – Львів, 2010. – 19 с.
3. Мох'д Халіл Мох'д Абдель Кадер. Фізична реабілітація при ушкодженні медіального меніска колінного суглоба у спортсменів ігрових видів спорту : автореф. дис. канд. фіз. вих. : 24.00.03 / Мох'д Халіл Мох'д Абдель Кадер. – Київ, 2012. – 18 с.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підручник для вузів] / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 472 с.
5. Пустовойт Б. А. Общие принципы разработки программы реабилитации при повреждении связочного аппарата коленного сустава после хирургического лечения / Б.А. Пустовойт, Амжад Хамдони // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків : ХДАФК, 2007. – № 11. – С. 184–186.
6. Паріш Мохаммадреза. Фізична реабілітація при ушкодженні капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба у футболістів : автореф. дис. канд. фіз. вих. : 24.00.03 / Паріш Мохаммадреза. – Київ, 2012. – 20 с.
7. Склярєнко Є. Т. Травматологія і ортопедія : [підручник для студ. вищ. мед. навч. закладів] / Є. Т. Склярєнко. – К. : Здоров'я, 2005. – 304 с.