

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Ходяк Д. В.

*магістр 1 року факультету фізичного виховання, здоров'я та туризму,
Запорізький національний університет
м. Запоріжжя, Україна*

Актуальність. Пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки є однією з найпоширеніших травм колінного суглоба, становлячи близько 62% від усіх випадків пошкоджень, і часто виявляється у молодих людей, які займаються спортом. Основним методом лікування пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки є артроскопічна реконструкція.

Збільшення кількості випадків ушкоджень передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ) пов'язане з активністю у спорті серед молодих людей і військовослужбовців. Комбіноване ушкодження внутрішнього меніска, обхідної великогомілкової та передньої хрестоподібної зв'язки називається "нешасною тріадою" і часто виявляється у спортсменів командних видів спорту. Останні роки принесли значне поліпшення у технології хірургічного лікування ушкоджень ПХЗ за допомогою малоінвазивних методів, що суттєво зменшує кількість післяопераційних ускладнень. Використання артроскопічного оперативного втручання з реконструкцією ПХЗ дозволяє не лише зберегти нормальну біомеханіку колінного суглоба, а й запобігти ранньому розвитку посттравматичного деформуючого артрозу [1, с. 30–34].

Ефективна фізична реабілітація відіграє значну роль у відновленні пацієнтів після ушкоджень ПХЗ, допомагаючи зменшити кількість незадовільних результатів, уникнути інвалідності та покращити ефективність лікування постраждалих.

Мета роботи. Визначити сучасні підходи фізичної терапії осіб після артроскопічної реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Передня хрестоподібна зв'язка є ключовою для забезпечення стабільності колінного суглоба. Вона з'єднує задню частину міжвиросткової поверхні латерального виростка стегнової кістки з передньою частиною суглобової поверхні

верхнього кінця великогомілкової кістки. Цей зв'язок обмежує надмірне зміщення гомілки вперед щодо стегна. Крім того, в ньому розташовані нервові закінчення, які реагують на навантаження та зміну положення суглоба, надсилаючи сигнали м'язам, які стабілізують коліно. Таким чином, передня хрестоподібна зв'язка запобігає підвивихам і нестабільності у коліні під час ходьби, бігу, стрибків, танців та в інших ситуаціях, коли відбувається раптова зміна напрямку руху [2, с. 401].

Останні дослідження в галузі фізичної терапії після травми передньої хрестоподібної зв'язки показали значні зміни у підходах. Від методик, які раніше передбачали відстрочення навантаження на травмовану ногу та обмеження амплітуди рухів, тепер перейшли до сучасних програм ранньої реабілітації, які включають негайне відновлення амплітуди рухів та активні вправи.

У комплексі фізичної реабілітації важливе застосування пасивної механотерапії на спеціальних апаратах з безперервними пасивними рухами. Основна мета цієї процедури полягає в поступовому збільшенні рухомості колінного суглоба шляхом контрольованого розтягування м'яких тканин у режимі м'язового розслаблення. Ефективність цього методу обумовлена тим, що рух у суглобі здійснюється за індивідуально підбраною програмою, без активної участі параартикулярних м'язів (стабілізаторів суглоба). Важливо починати використання цих апаратів вже на ранніх етапах після операції, інтенсивність процедури може варіюватися від 15 до 60 хвилин, проводити їх рекомендується 3–4 рази на день [3, с. 294–301].

Багато авторів вважають, що кінезіотерапія має велике значення в передопераційній реабілітації. Ушкодження зв'язок може спричинити зниження маси м'язів навколо колінного суглоба, зокрема чотириголового м'яза стегна, який є важливим стабілізатором суглоба. Мета кінезіотерапії перед операцією – максимально зміцнити м'язи за допомогою фізичних вправ та навчити пацієнтів виконувати статичні вправи, які вони зможуть проводити після операції. Важливо, щоб пацієнти навчилися контролювати рівномірне та повільне скорочення згиначів гомілки в статичних умовах. Особлива увага приділяється ізометричному скороченню чотириголового м'яза стегна [4, с. 158–162].

Ефективність використання електростимуляції чотириголового м'яза стегна відкриває широкі можливості для відновлення рухової функції травмованої кінцівки. Цей метод, за допомогою низькочастотних електричних імпульсів, дозволяє коригувати функцію нервово-м'язових структур, сприяє швидкій адаптації до фізичних навантажень та збільшенню м'язової маси. Стимуляція нервово-м'язових структур покращує метаболізм, кровообіг, а також трофічні та регенеративні процеси в стимульованих тканинах [5, с. 153–187].

Застосування фізичної реабілітації в лікуванні пацієнтів з травматичним ушкодженням колінного суглоба, після артроскопічної реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки, сприяє відновленню рухливості колінного суглоба та запобігає розвитку ускладнень.

Використання різноманітних методів фізичної терапії, таких як механотерапія, електростимуляція, та пасивні рухи, спрямоване на покращення функціонального стану суглоба, зміцнення м'язів, та покращення кровообігу. Ефективне використання цих методів допомагає пацієнтам повернутися до активного способу життя швидше та зменшує тривалість реабілітаційного періоду.

Література

1. Методика відновного лікування хворих після артроскопічної реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки в ранньому післяопераційному періоді: методичні рекомендації / Рой І. В. та ін. Київ: ТОВ «Етна-1», 2015. 28 с.

2. Ynum E.V. Open versus closed chain kinetic exercises after anterior cruciate ligament reconstruction. *Am. J. Sports Med.* 2014. № 23. P. 401.

3. Edson C. Postoperative rehabilitation of the multiple-ligament reconstructed knee. *Oper. Tech. Sports Med.* 2003. № 11. P. 294–301.

4. Ніканоров О. К. Особливості порушення рухової функції колінного суглоба при ушкодженні передньої хрестоподібної зв'язки та роль засобів фізичної реабілітації в її відновленні. *Молодіж. наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фіз. виховання і спорт.* 2015. № 18. С. 158–162.

5. Fu F. H. *Sports injuries: mechanisms, prevention, treatment.* New York, 2004. P. 153–187.