

РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ КОЛІННОГО СУГЛОБУ, ЗАСОБИ ЇХ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ванцаровська В.Л., Гончарук Я.М.

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Анотація. У статті розглянуто причини виникнення захворювань колінного суглобу, методи лікування та засоби фізичної реабілітації у період відновлення.

Ключові слова: захворювання колінного суглобу, засоби фізичної реабілітації.

Summary. Vantsarovska V. L., Honcharuk Ya. M. **Characteristics of diseases of the knee joint, their treatment and rehabilitation.** The article discusses the causes of knee joint diseases, methods of treatment and means of physical rehabilitation during the recovery period.

Keywords: diseases of the knee joint, means of physical rehabilitation.

Вступ. Колінний суглоб – одне з найбільших, рухливих і складно утворених зчленувань людського скелета. Він здатний витримати навантаження до 1 тони – на нього «тисне» власна вага тіла, а при виконанні рухів (біг, стрибки, спуск по сходах) осьове напруження зростає багаторазово. За статистикою, кожна третя людина старше 30 років хоча б раз в житті отримувала травму колінного суглоба, і кожен третій житель планети страждає від його патологій. З віком відсоток хворих збільшується. Сьогодні захворювання суглобів займають перше місце і можуть призводити до втрати працездатності, інвалідності [5].

Мета дослідження полягає у вивченні причини виникнення захворювань колінного суглобу, методів їх лікування та дієвих засобів, що використовуються у процесі фізичної реабілітації.

Методи дослідження – теоретичний аналіз і узагальнення даних наукової літератури

Результати дослідження та їх обговорення. У вітчизняній літературі не часто трапляються дані по частоті виникнення різних пошкоджень коліна. Травми колінного суглоба складають 42,2% в загальній структурі його патологій [2].

Найчастіше пошкодження колінного суглоба є наслідком прямих ударів, падіння з висоти, скручування кінцівки, прослизання. Деякі види спорту найбільш травмонебезпечні для коліна – футбол, легка атлетика, хокей, силові види, теніс (великий), баскетбол [3].

Причиною збільшення кількості травмувань колінного суглоба, крім підвищеного захоплення спортом і активними видами відпочинку, є авто- і мотоаварії. Ризик травмування коліна збільшується в разі «ледачих» суглобів. Чим нижче рухова активність (гіподинамія), тим вище ймовірність зниження кровопостачання і живлення суглоба [3].

Порушення метаболізму призводить до виснаження тканин, руйнування хряща, зменшення кількості внутрішньосуглобової рідини. Такий ослаблений колінний суглоб менш стабільний і міцний. Кожна травма колінного суглоба має властиві їй симптоми. Спільними є: біль; збільшення об'єму; зміна забарвлення шкіри; нехарактерний рух; порушення рухливості [5].

За даними науковців, у загальній структурі патологій коліна його захворювання складають 57,8%. Найбільш часто діагностованими хворобами є: гонартроз – 30,3%; бурсит, синовіт, кіста, періартрит – по 7,7%; хондропатії – 5,9%; розтинаючий остеохондрит – 5,9%. На частку інших захворювань припадає 3,4% [4].

Гонартроз – хронічне прогресуюче дистрофічно-дегенеративне захворювання, при якому відбувається руйнування хрящів колінного суглоба. Запалення навколосуглобових тканин і викликані ним захворювання (бурсит,

синовіт, періартрит) посідають друге місце. У чоловіків ці захворювання зустрічаються в 2 рази частіше, ніж у жінок [1].

Серед патологій м'яких тканин найчастіше зустрічаються підколінні кістки. Хвороба, звана в народі «відкладення солей» – артрит, насправді має більш 100 видів. Вона зустрічається у 80% населення нашої країни [1].

Захворювання колінного суглоба викликаються: генетичними порушеннями колагенової тканини; вродженими аномаліями колінного суглоба; інфекціями; наслідками травм і оперативних втручань; надмірними фізичними навантаженнями, надмірною вагою; аутоімунними і системними захворюваннями; віковими змінами [5].

Для постановки і диференціації діагнозу використовуються фізикальні, лабораторні та апаратні методи дослідження. Візуальний огляд колінного суглоба, тестування амплітуди і обсягу рухів необхідно доповнювати та іншими діагностичними методами [2].

Сучасні методи дослідження (УЗД, МРТ, КТ) дозволяють оцінити стан м'яких тканин колінного суглоба, його кровопостачання і іннервацію. При складностях з діагнозом показана артроскопія. На підставі отриманих результатів лікар вибирає метод терапії колінного зчленування: консервативний – медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування чи оперативний [3].

Медикаментозне лікування колінного суглоба є симптоматичним і вирішує ряд завдань:

- усунення больового синдрому за допомогою анальгетиків і спазмолітиків;
- купірування запалення із застосуванням протизапальних препаратів, стероїдних гормонів;
- відновлення хрящової тканини з призначенням хондропротекторів;
- поліпшення мікроциркуляції – судинорозширювальні засоби;
- зняття гіпертонусу м'язів – міорелаксанти [4].

В якості допоміжних і підтримуючих методів комплексного лікування призначають фізіотерапію: фонофорез; ударно-хвильову терапію; озонотерапію; міостимуляцію; масаж; обгортання і грязелікування; бальнеологічні процедури; ЛФК [5].

Анатомія колінного суглоба така, що при важких формах його деформації потрібне оперативне втручання. Перевага віддається малоінвазивним ендохірургічним методам – артроскопії та пунктируванні колінного суглоба. При важких формах ураження колінного суглоба застосовують радикальні методи хірургічного лікування: навколосуглобової остеотомії; ендопротезування зчленування [5].

Постійне вдосконалення методів оперативного втручання, застосування нових матеріалів при виготовленні ендопротезів дозволили знизити ризик післяопераційних ускладнень і повернути рухливість колінного зчленування [1].

Післятравматичне лікування суглоба відбувається в 3 етапи:

Імобілізаційний – період триває від накладення гіпсу до зрощення капсули, кістки або зв'язок. Мета першого етапу лікування: збільшити кровообіг, лимфообіг в місці травми і навколо неї, що допоможе швидше прибрати набряк і прискорить обмін речовин. Застосовуються фізіотерапевтичні методи: УВЧ, низькоінтенсивна магнітотерапія та лазер [2].

При проведенні артроскопії суглобів процес реабілітації починається з другого етапу «функціонального». Перевагою застосування даного методу є мінімальне пошкодження навколосуглобових тканин, а також більш точне уявлення оперативного втручання завдяки артроскопії – спеціальній камери маленького діаметру. Це дозволяє значно скоротити весь реабілітаційний період [3].

Покращене харчування тканин, які розташовуються біля ураженого місця стимулює якнайшвидше відновлення цілісності кістки і регенерацію суглоба, м'язів і м'яких тканин розташованих в та біля місця травми.

Важливо не допустити утворення анкілоз – нерухомість суглоба або атрофію м'язів суглоба. Це завдання покладається на реабілітолога, який ретельно стежить за процесом реабілітації.

Також, після фіксації суглоба, практично відразу після того як зійде запалення можна застосовувати окремі прийоми кінезіотерапії. Пацієнт робить вправи в здоровому суглобі протилежної кінцівки і в уцілілих суглобах постраждалої кінцівки. За ними слідує статичні вправи в здоровій, а пізніше і в пошкодженій кінцівці [2].

Крім цього пацієнт ментально відтворює рух в ушкодженому суглобі, щоб поліпшити ідеомоторну реакцію. Вся програма реабілітації підбирається індивідуально під кожного пацієнта. Але чим раніше травмований пацієнт почне практикувати рух в суглобі, тим краще для його одужання.

Функціональний – період триває від зняття гіпсу до моменту відновлення функції суглоба. Головне в цьому періоді продовжувати реабілітацію за допомогою рухів які пацієнт розучив на минулому етапі і поступово ускладнювати їх. Додати в програму занять спеціальні вправу для відновлення, харчування, зміцнення м'язів пошкодженого [2].

На цьому етапі пацієнт виконує специфічні завдання для розроблення хворого суглоба з полегшенням (також додатково використовується СРМ терапія: пасивна розробка за допомогою спеціального апарату), а пізніше на всю силу. В результаті його старань збільшується рухливість в суглобі, сила м'язів. Також лікарі застосовують фізіотерапевтичні процедури (ультразвук, електротерапію, лазеротерапію, магнітотерапію і ін.) І масаж для збільшення ефекту. А кількість та тривалість занять стає більше [4].

Тренувальний період – називається так, тому що основні функції суглоба вже відновлені і тепер потрібно збільшити силу м'язів і деякі функції суглоба, які повністю не відновилися за 2 попередніх періоди лікування. Головною метою тренувального періоду буде відновлення своєї фізичної форми, яка була до травми, а також її значне посилення [1].

Фахівці наголошують на тому, що чим менше часу пройшло з моменту травми до фізичної реабілітації суглоба, тим легше буде протікати відновлення, а її результативність забезпечується безперервністю процесу реабілітації.

Реабілітація після травми – це комплекс заходів спрямованих на відновлення цілісності м'язових, нервових, сполучних та інших тканин. І не можна переходити до наступного етапу не завершивши поточний [3].

До кожного пацієнта застосовується індивідуальний підхід. У кожної людини різне співвідношення щільності тканин, регенераційних можливостей, сили імунітету, з різною швидкістю проходить відновлення нервової системи та розумових процесів [5].

Висновки. Своєчасна комплексна фізична реабілітація сприяє: швидкому поверненню до повноцінного життя; кращому і ефективнішому відновленню втраченої функції суглоба; відновленню побутових функцій; поліпшенню фізичного тонуусу організму; запобіганню повторного травмування тощо.

Список використаної літератури.

1. Глиняна О.О. Основні принципи фізичної реабілітації після хірургічного лікування переломів опорно-рухового апарату. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. Л., 2018. Вип.27. С. 115–119.
2. Левенець В. М, Харитонов О. Д. Ендопротезування великих суглобів. *Український медичний часопис*. 1998. № 11(12). С. 44-48.
3. Полулях М.В., Герасименко С.І., Черняк В.П., Тимочку В.В. Особливості ендопротезування колінного суглоба у хворих на ревматоїдний артрит. *Вісник морської медицини*. 2006. № 3. С. 227-231.
4. Порада А. М., Солодовник О. В., Прокопчук Н. Є. Основи фізичної реабілітації : навч. посіб. К. : Медицина, 2006. 248 с.
5. Фізична реабілітація при ендопротезуванні органів та суглобів: навчальний посібник : навч. посібник для студ. спеціальності 227 «Фізична

терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія» / О.О. Глиняна, Ю.В. Копочинська, І.Ю. Худецький; КПІ ім. Ігоря Сікорського. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2020. 190 с.

СПРИЙНЯТТЯ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА ОСІБ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ОДНОБІЧНОЇ ТРАСТІБІАЛЬНОЇ АМПУТАЦІЇ

Гаврилова Н.В.

Прикарпатський національний університет

імені Василя Стефаника

Анотація. Наукове дослідження присвячено вивченню особливостей сприйняття образу власного тіла осіб після односторонньої транстібіальної ампутації. Так за результатами опитування багатовимірного зв'язку між тілом і собою *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)* було виявлено, що поранення в ході бойових дій, яке призвело до ампутації нижньої кінцівки є важким психотравмуючим фактором, що впливає на тілесний образ себе та самооцінку.

Ключові слова: ампутація нижньої кінцівки, післялікарняний етап, психологічна реабілітація.

Sunnary. Havrylova N.V. Perception of own body image in persons after traumatic unilateral transtibial amputation. The scientific study is devoted to the study of the peculiarities of the perception of the image of one's own body after unilateral transtibial amputation. Thus, according to the results of the *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)* survey, it was found that a wound in the course of hostilities, which led to the amputation of the lower limb, is a severe psychotraumatic factor that affects the body image of oneself and self-esteem.

Keywords: amputation of the lower limb, post-hospital stage, psychological rehabilitation.

Вступ. Неухильне зростання кількості осіб із ампутаціями нижніх кінцівок збільшується з плином війни – як серед військових, так і цивільних громадян України. За даними Ради міжнародних наукових досліджень, у період з 2014 року, 72% військовослужбовців звертаються за медичною допомогою