

ОСОБЛИВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ ПІД КОНТРОЛЕМ РЕАБІЛІТОЛОГА ТА САМОСТІЙНО

Коструб О.О., Дідух П.В., Котюк В.В., Засаднюк І.А., Подік В.А., Смірнов Д.О.
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

Вступ. Розрив передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ) є одним із найчастіших ушкоджень зв'язкових структур. З доступністю та розповсюдженням артроскопічних втручань число реконструкцій ПХЗ збільшилось, втім часто адекватній реабілітації та відновленню після пластики ПХЗ не надається достатня увага. Причинами цьому служать як недоступність сучасної реабілітації (відсутність сучасного реабілітаційного та фізіотерапевтичного обладнання, достатньої кількості спеціально підготованих реабілітологів, знайомих із принципами реабілітації після пластики ПХЗ), так і вибір оптимальної програми реабілітації та індивідуального диференційованого підходу. Адекватне відновлення після пластики ПХЗ забезпечує швидше та більш повноцінне повернення до звичайного життя, роботи, фізичних навантажень, спорту. Втім на питання, наскільки важливо дотримуватись реабілітаційного процесу під контролем реабілітологів, чи можна займатись реабілітацією самому з таким самим ефектом, сьогодні досі не має однозначної відповіді.

Матеріал та методи. Дослідження ґрунтується на порівняльному аналізі результатів проведення післяопераційної реабілітації у 50 хворих після пластики ПХЗ. З них 25 проходили самостійну, домашню, реабілітацію за запропонованою програмою по причині недоступності професійної реабілітації (група 1) та 25 хворих (група 2) проходили реабілітацію за тією ж самою програмою, але під контролем реабілітологів. Ефективність лікування оцінювалась через три та шість місяців за допомогою 100 бальної шкали оцінки функції колінного суглоба (Дж. Лисхольм та Е. Гилквіст), що включає в себе вісім об'єктивних та суб'єктивних ознак, та шкалою активності Тегнера (Tegner Activity Levelscale). Аналізувались: хромота, навантаження на оперовану кінцівку, підйом сходами, присідання, нестабільність, біль, випот у суглобі, атрофія м'язів, тощо.

Результати. На основі аналізу шкал оцінки функції колінного суглоба, виявлено недоліки самостійної реабілітації та обґрунтовано заходи її поліпшення.

Функціональні результати лікування, як за шкалою Tegner, так і за шкалою Lysholm, виявились кращі в групі пацієнтів які проходили реабілітацію під контролем реабілітологів. Динаміка покращення функції колінного суглоба у групі 2 у порівнянні з групою 1 за шкалою Тегнер через три місяці після початку лікування становила в середньому 5,4 бали проти 3,2 бали, через шість місяців після початку лікування становила в середньому 8,2 бали проти 6 балів. Рівень активності за шкалою Лисхольм у групі 2 в порівнянні з групою 1 через 3 місяці після початку лікування для симптому хромота становив в середньому 4,6 бали проти 3,8 балів, необхідність підтримки в середньому 5 балів проти 4,4 бали, біль в середньому 23,2 балів проти 18 балів, набряк в середньому 9,2 бали проти 8,4 бали, ходьба сходами в середньому 9,2 бали проти 8,4 бали, присідання в середньому 4,8 бали проти 3,8 бали. Кількість ускладнень у групі, що проходила самостійну реабілітацію, виявилась вищою, ніж у групі 2. Серед ускладнень при реабілітації після пластики ПХЗ у групі 1 спостерігались: контрактура - 5, випіт у суглобі – 10, гіпотрофія м'язів – 10, у 15 пацієнтів після 3-х місяців реабілітації спостерігались біль, накульгування, пастозність навколишніх тканин. У групі пацієнтів, що проходили реабілітацію під контролем реабілітологів, кількість ускладнень значно менша, лише у 5 пацієнтів спостерігались випіт у суглобі та у двох – біль. Цікавим був той факт, що у 5 пацієнтів, усі з яких були спортсменами високого рівня, що проходили самостійну реабілітацію, було досягнуто результатів, як і після реабілітації під контролем реабілітолога. Але загалом при самостійній реабілітації результати були достовірно нижчі. У той же час у групі, що проходила реабілітацію під контролем реабілітолога, розкид результатів був ближче до середнього значення.

Висновок. Таким чином, реабілітація після пластики ПХЗ проведена в спеціалізованих центрах під контролем реабілітолога дозволяє більш прогнозовано зменшити час реабілітації та частоту ускладнень. За рахунок правильного та індивідуального підходу до реабілітації, використання сучасного устаткування та методів тривалість відновлення працездатності в середньому скорочується на 1,5 місяці, а також зменшується ризик виникнення ускладнень. Все це дозволяє пацієнту швидше та більш прогнозовано повернутись до роботи, активного способу життя, спорту тощо. Самостійна реабілітація може бути адекватним варіантом у невеликої кількості добре підготовлених та високо мотивованих пацієнтів, які мають проблеми з доступом до професійної реабілітації. Втім навіть у таких пацієнтів результати самостійної реабілітації менш прогнозовані.