

ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ПРОГРАМИ ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОЇ ПАРЦІАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ МЕНІСКА ТА НАКЛАДАННІ ШВА МЕНІСКА У СПОРТСМЕНІВ

Гордієнко Д.В., Дмитрієв В.В., Щегольков Є.Е.

*Національний університет фізичного виховання і спорту України,
Київ, Україна*

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

Ключові слова: *фізична терапія, колінний суглоб, артроскопія, спортсмени*

Вступ. Колінний суглоб є однією з найбільш функціонально активних і навантажених анатомічних структур опорно-рухового апарату людини. Внаслідок цього він займає провідне місце у структурі травматичних ушкоджень, зокрема капсульно-зв'язкового апарату. Згідно з даними різних досліджень, найчастіше травмуються медіальні структури колінного суглоба або передня хрестоподібна зв'язка – у 43–80% випадків. Комбіновані ушкодження передньої хрестоподібної зв'язки та медіальної колатеральної зв'язки діагностуються у 13–59% постраждалих.

Високий рівень первинної діагностичної похибки в гострому періоді травми (до 80% випадків) та подальше неадекватне лікування сприяють розвитку хронічної багатоплощинної нестабільності суглоба, що у свою чергу прискорює дегенеративно-дистрофічні зміни та знижує функціональну здатність пацієнта. Це зумовлює необхідність проведення оперативних втручань з метою стабілізації суглоба та відновлення його функції.

Протягом останніх двох десятиліть хірургічне лікування ушкоджень колінного суглоба зазнало суттєвого технологічного прогресу. Удосконалення методик реконструкції зв'язкового апарату, широке впровадження сучасних імплантатів, фіксаторів, ауто- та аллопластичних матеріалів значно підвищили ефективність хірургічної корекції. Водночас це обумовлює потребу в розробці оптимізованих програм фізичної терапії, що відповідають сучасним стандартам ортопедії та спортивної медицини.

Мета дослідження – визначити особливості побудови програми фізіотерапевтичних втручань після артроскопічної парціальної резекції меніска та накладанні шва меніска у спортсменів.

Результати та обговорення. Побудова ефективної програми фізіотерапії після артроскопічних втручань на меніску вимагає диференційованого підходу з урахуванням типу хірургічного втручання – парціальної резекції або накладання шва. Кожен із типів операцій має свої терміни та обмеження щодо відновлення, тому програма реабілітації повинна відповідати клінічним особливостям кожного випадку та забезпечувати безпечне повернення спортсмена до повноцінної фізичної активності.

Ранній післяопераційний період

У пацієнтів після парціальної резекції меніска раннє активне відновлення може розпочинатися вже з 2–3 доби після операції, тоді як у випадку накладання шва меніска рекомендовано уникати повного навантаження на оперовану кінцівку щонайменше протягом перших 3–4 тижнів. Основними завданнями цього етапу є контроль болювого синдрому, зменшення набряку, профілактика контрактур та м'язової атрофії.

Доцільним є використання кріотерапії, підвищеного положення кінцівки, дихальних вправ, ізометричних вправ для квадрицепса стегна, електростимуляції, а також протизапальної фізіотерапії (лазеротерапії, ультрафіолетового опромінення). Всі втручання виконуються під наглядом фізичного терапевта із поступовим нарощуванням інтенсивності.

Фаза відновлення обсягу рухів та м'язової сили

Починаючи з другого - третього тижня після резекції або з 4-6 тижня після накладання шва, відновлювальна програма фокусується на покращенні обсягу рухів у колінному суглобі, активізації м'язового тону, нормалізації ходи та формуванні стабільності суглоба.

Застосовуються активні та пасивно-активні вправи, масаж м'язів нижньої кінцівки, вправи у замкнутому кінематичному ланцюгу, вправи у воді (гідрокінезіотерапія), а також фізіотерапевтичні методи (ультразвук, магнітотерапія) для стимуляції регенеративних процесів.

Функціональна стабілізація

На третьому етапі, який розпочинається орієнтовно з 4 -6 тижня після резекції та з 7–10 тижня після шва, основна увага приділяється відновленню функціональної стабільності та пропріоцептивного контролю.

Включаються вправи на баланс (нестабільні поверхні, платформи), біомеханічна корекція ходи, вправи перед дзеркалом, тренування у безпечному режимі на тренажерах. Фізичний терапевт

здійснює індивідуальний підбір навантаження та контролює якість виконання вправ.

Спортивна реадптація

Фінальний етап реабілітації передбачає повернення спортсмена до специфічної спортивної активності. Він зазвичай розпочинається на 7–8 тижні після парціальної резекції та після 10–12 тижнів у разі шва меніска. Включає елементи бігового тренування, вправи на швидкість, силу, вибухову м'язову активність (plyometric training), а також техніко-тактичні вправи відповідно до виду спорту. Перед поверненням до змагань обов'язковим є проходження функціональних тестів (наприклад, single-leg hop test, Y-balance test), а також психологічна підготовка спортсмена.

Таким чином, диференційований підхід до побудови програми фізіотерапії після артроскопічного втручання на меніску у спортсменів забезпечує ефективне відновлення функції колінного суглоба, знижує ризик ускладнень і повторних травм, а також сприяє безпечному поверненню до спортивної діяльності в оптимальні терміни.

Висновки. Тип оперативного втручання (резекція чи шов меніска) є ключовим фактором у плануванні фізіотерапевтичної програми. Парціальна резекція дозволяє швидше розпочати активне відновлення, тоді як шов потребує тривалішого обмеження навантаження для забезпечення репаративних процесів у тканинах меніска.

Поетапність реабілітації дозволяє поступово адаптувати організм до зростання фізичного навантаження, запобігати ускладненням, а також забезпечує цілеспрямоване відновлення функції колінного суглоба.

Пропріоцептивні та балансувальні вправи, введені на етапі функціонального відновлення, є важливими для запобігання рецидивам травм, покращення стабільності суглоба та відновлення нейром'язового контролю. Програма фізіотерапії має бути індивідуалізованою, адаптованою до виду спорту, рівня фізичної підготовки спортсмена, наявності супутніх патологій та строків повернення до тренувального процесу.