

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЧАСТКОВІЙ АРТРОСКОПІЧНІЙ МЕНІСКЕКТОМІЇ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Багрова Т.С.

Науковий керівник: Мятига О.М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

bagrova.tamara000@gmail.com

**Вступ.** Розрив меніска є найбільш частою патологією при закритих травмах колін – зустрічається у 75% випадків. Пошкодження хрящового прошарку призводить до появи гострого болю та порушення рухливості суглоба. Пошкодження меніска може виникнути внаслідок травми або дегенеративних змін у суглобі, викликаних артритом, артрозом або іншим захворюванням. У групі ризику знаходяться професійні спортсмени, люди похилого віку та з хронічними патологіями. Розриви меніска відбуваються при більшості травм коліна. Вони супроводжують переломи, вивихи, підвивихи та навіть розтягнення зв'язок. Пошкодження може відбутися як при серйозній травмі, так і під час бігу, удару ногою по м'ячу або необережного виконання присідань. Найчастіше травматизація відбувається при згинанні коліна та виконанні обертальних рухів.

**Мета дослідження** – вивчити особливості відновлення функцій колінного суглобу у ранньому післяопераційному періоді засобами фізичної терапії.

**Матеріали та методи.** Аналіз сучасної наукової та методичної літератури, синтез та узагальнення отриманих даних.

**Результати дослідження.** Меніски – це щільні хрящові прошарки в колінних суглобах. Вони розташовуються між головками стегнової та великогомілкової кісток, заповнюють бічні порожнини суглобів та забезпечують щільне прилягання всіх структур. Під час ходьби вони розтягуються, стискаються та змінюють форму, забезпечуючи стабільність суглоба і виконуючи амортизуючу функцію. Також меніски беруть на себе половину навантаження та пом'якшують тиск на хрящі. Ушкодження менісків можуть бути як при прямому, так і при непрямому механізмі дії. При непрямій травмі найчастіше причинами ушкоджень (розривів) є зовнішня ротація гомілки – для присереднього або медіального меніска і внутрішня ротація гомілки – для бічного або латерального; різке розгинання гомілки з положення глибокого присідання; посилене відведення або приведення гомілки. При прямій травмі причинами пошкоджень (розривів) меніска є удари по колінному суглобу; падіння на суглоб; падіння з висоти на випрямлені ноги.

Частою причиною ушкоджень менісків вважаються стрибки і швидкий біг на жорсткому ґрунті, а також ударні дії ногою, які призводять до поєднаної травми меніска і суглобового хряща. Тому особливо схильні до цих ушкоджень спортсмени, що займаються швидкісно-силовими видами спорту (спринтом, стрибками, метанням, важкою атлетикою, футболом, єдиноборством).

В останні роки хірурги-травматологи рекомендують при ушкодженнях менісків проводити артроскопічну меніскектомію: при надривах меніску – часткову артроскопічну меніскектомію, а при розривах менісків – зшивання їх за допомогою артроскопічної техніки, після якої необхідна іммобілізація кінцівки на 3-4 тижні.

При ушкодженнях менісків (оперативний метод лікування) засоби фізичної терапії застосовують за трьома періодами перебігу хвороби: ранній післяопераційний період – перший період; пізній післяопераційний період – другий період; тренувально-відновний період – період реабілітації/терапії.

Ранній післяопераційний період при частковій артроскопічній менісдектомії починається з 1-2 доби після операції і продовжується приблизно 2-3 тижні. Короткостроковими цілями в цьому періоді є: нормалізація трофіки тканин колінного суглоба; прискорення процесів регенерації тканин; профілактика згинальної та розгинальної контрактури суглоба; стимуляція здатності м'язів стегна скорочуватися; підтримка загального тону організму.

Після часткової артроскопічної менісдектомії фізичні терапевтичні вправи призначаються з 1-ої доби після операції спочатку на ліжковому руховому режимі, через 2-3 доби – на палатному, а через 5-6 діб на вільному режимі – у залі фізичної терапії.

Із засобів фізичної терапії у перші 6-7 діб використовуються:

- активні терапевтичні вправи для верхніх кінцівок, плечового поясу, тулуба, шиї і здорової нижньої кінцівки;
- з 1-ої доби – дихальні статичні та динамічні вправи;
- з 2-ої доби після операції рекомендуються пасивні та активні вправи для пальців стопи та гомілковостопного суглоба, а з 2-3-ої доби – для кульшового суглоба оперованої ноги;
- з 2-3-ої доби призначаються обережні згинання та розгинання в колінному суглобі оперованої ноги, ізометричні вправи для чотирьохголового м'язу стегна. У перші дні виконується короткочасна (1-2 с.) напруга м'яза, яка чергується з розслабленням (2-3 с.), кількість повторень їх 10-20 разів. Протягом доби пацієнт самостійно повторює ці вправи 3-4 рази. Через декілька днів тривалість періоду напруги зростає до 6-8 с., а пауза розслаблення 10-12 с., кількість повторень – до стомлення;
- з 5-6-ої доби проводиться спеціальне укладання оперованої ноги в положення розгинання (лікування положенням), для чого під п'яту підкладають валик, а на колінний суглоб накладають вантаж – мішечок з піском або з сіллю від 1 до 3 кг. Експозиція такого укладання поступово збільшується від 3-5 до 7-10 хвилин. У разі тенденції до формування розгинальної контрактури колінного суглоба проводять укладання на згинання на гамачку з тканини, підвішеному на балканській рамі.

Ходьба за допомогою милиць або трості, не спираючись на оперовану ногу, дозволяється з 2-3 доби після операції. Тривалість заняття фізичною терапією складає до 6-8 діб після операції протягом 20-30 хвилин. Вихідне положення при проведенні терапевтичних вправ – лежачи на спині, на здоровому боці або сидячи в ліжку.

Через 8-10 діб раннього післяопераційного періоду (часткової артроскопічної менісдектомії) заняття можна проводити не тільки в палаті, але й в залі фізичної терапії, у басейні, тривалість заняття складає 45-60 хвилин. У цей період одночасно із терапевтичними і дихальними вправами пацієнту з різних вихідних положень призначаються фізичні вправи для розробки колінного суглоба і зміцнення чотирьохголового м'язу стегна. Амплітуду рухів у колінному суглобі поступово збільшують, доводячи розгинання до 180°, а згинання – до 80°. У комплекс вправ пропонують включати махові рухи по колу, напівприсідання, вправи у гімнастичної стінки.

Заняття в басейні в ранньому післяопераційному періоді можна проводити, починаючи з 7-8 доби після операції. Завдяки властивостям води практично знижується вагове навантаження на суглобовий хрящ колінного суглоба і невдовзі стає можливою ходьба у водному середовищі. У воді виконуються фізичні терапевтичні полегшені вправи для боротьби з контрактурою, призначаються швидкі рухи ногою в різних напрямках для тренування силової витривалості м'язів тазового поясу. З перших же днів занять використовується повільне плавання кролем, а після ліквідації контрактури – брасом.

**Висновки.** Аналіз сучасної літератури з проблем фізичної терапії пацієнтів з приводу пошкодження менісків дозволив констатувати, що рання і комплексна реабілітація – найбільш перспективний метод відновлення ушкодженого колінного суглоба. В комплексному відновлювальному лікуванні широко використовуються фізична терапія, терапевтичні вправи, лікувальний масаж, преформовані фізичні чинники, які є обов'язковими ланками роботи мультидисциплінарної команди. Програма реабілітаційного втручання пацієнтів із пошкодженнями менісків повинні бути спрямованими на зниження післяопераційних ускладнень, збереження функціональної активності та повного відновлення функцій оперованого суглоба.

### ОЦІНКА ВІДПОВІДЕЙ НА АНОНІМНЕ АНКЕТНЕ ОПИТУВАННЯ СТУДЕНТІВ ЩОДО ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ АНТИСЕКРЕТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ

Бородіна Т.В.

Науковий керівник: Белік Г.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Belik-69@ukr.net

**Вступ.** Поширеність кислотозалежних захворювань є однією з найбільших як серед хвороб шлунково-кишкового тракту, так і серед патологій інших органів та систем організму. Зокрема, в Україні розповсюдженість гастроезо-фагеальної рефлюксної хвороби становить 21-30%, на пептичну виразку шлунку та пептичну виразку дванадцятипалої кишки хворіють приблизно 1 050 000 пацієнтів. Проблема лікування кислотозалежних хвороб є однією з найважливіших у гастроентерології. Фармакотерапія кислотозалежних захворювань заснована, в першу чергу, на призначенні антисекреторних лікарських засобів. Вони незамінні в лікуванні жовчних рефлюксезофагітів, *Helicobacter pylori*-негативних виразок шлунку і дванадцятипалої кишки; лікуванні та профілактиці НПЗП-гастропатій та стресових виразок.

**Мета дослідження.** Розробка анонімної анкети для опитування здобувачів вищої освіти 3, 4 та 5 курсів Національного фармацевтичного університету; проведення анонімного анкетного опитування серед здобувачів вищої освіти 3, 4 та 5 курсів Національного фармацевтичного університету; аналіз відповідей респондентів.

**Матеріали та методи.** В роботі були використані соціологічний, системно-аналітичний методи дослідження.

**Результати дослідження.** Стосовно одержаних відповідей на запитання анкети, яка містила інформацію про номенклатуру, властивості та особливості застосування H<sub>2</sub>-гістаміноблокаторів та інгібіторів протонної помпи, а також деякі питання про кислотозалежні захворювання, можна відмітити, що обізнаність респондентів залежно від питання відрізнялася. Проте, при аналізі відповідей анкети насамперед слід відзначити помітну відповідальність та зацікавленість респондентів, проявлену при анкетуванні. В результаті проведення анкетування було встановлено, що з 25 питань, які стосувалися безпосередньо властивостей та підходів до раціонального застосування антисекреторних засобів, обізнаність здобувачів вищої освіти варіювала, у зв'язку з чим більшість питань можна розподілити на такі з доброю, частковою або порівняно низькою інформованістю опитаних. Так, серед запитань, у яких респонденти добре орієнтуються, можна вказати ті, що стосуються