

Гусак Ольга Юрійвна,

Студентка 2 курсу Групи Мм-21

Валецький Юрій Миколайович.,

доктор медичних наук., професор, завідувач кафедри медсестринства та екстреної медицини

Калинчук Сергій Васильович,

кандидат медичних наук,

Комунальний заклад вищої освіти «Волинський медичний інститут», м. Луцьк

[DOI: 10.24412/2520-6990-2024-7200-56-61](https://doi.org/10.24412/2520-6990-2024-7200-56-61)**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ В ПРОВЕДЕННІ ПЕРШОЇ ФАЗИ
МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА КОЛІННОМУ
СУГЛОБІ****Husak Olga Yuriyivna**

The student of the second course. Group Mm-21.

Valetskyi Jurij Mykolajovych,

Doctor of medical sciences, professor, Head of the Department of Nursing and Emergency Medicine,

Kalinchuk Sergij Vasylovych,

candidate of Medical Sciences

Communal institution of higher education "Volyn Medical Institute", Lutsk

**THE ROLE OF A PRIMARY CARE NURSE IN CONDUCTING THE FIRST PHASE OF MEDICAL
REHABILITATION AFTER ARTHROSCOPIC INTERVENTIONS ON THE KNEE JOINT****Анотація.**

Мета роботи. Визначити роль медичної сестри первинної ланки в ланцюгу комунікацій «лікар-реабілітолог – пацієнт – медична сестра» на якість проведення реабілітації у першій фазі після артроскопічного втручання на колінному суглобі. **Матеріали і методи.** Пацієнти, які дотримувались рекомендацій лікаря-реабілітолога та знаходились на постійному контакті з медичною сестрою первинної ланки, а та, в свою чергу здійснювала контакт з лікарем-реабілітологом. Пацієнти, які дотримувались рекомендацій лікаря-реабілітолога, але уникали ефективного контакту з медичною сестрою первинної ланки і надавали перевагу «прямому» контакту з лікарем-реабілітологом. Всього було 61 пацієнт, жінок було 37, чоловіків – 24. Вік пацієнтів складав від 28 до 67. Переважній більшості пацієнтів (49) виконувалися артроскопічне втручання з видаленням скомпрометованого меніску, у 12 пацієнтів виконувались комбіновані втручання на меніску та хрестоподібній зв'язці. Середній ліжко-день після операції складав 1,7 (при цьому всі пацієнти були виписані на амбулаторне лікування не пізніше 3 доби після операції). Всі пацієнти перед випискою із стаціонару були проконсультовані лікарем-реабілітологом з наданням рекомендацій та програми лікування на амбулаторному етапі

Abstract

Purpose of the work. To determine the role of a primary care nurse in the chain of communication "rehabilitation doctor-patient – nurse" on the quality of rehabilitation in the first phase after arthroscopic intervention on the knee joint. **Materials and methods.** Patients who followed the recommendations of a rehabilitation doctor and were in constant contact with a primary care nurse, who, in turn, made contact with a rehabilitation doctor. Patients who followed the recommendations of a rehabilitation doctor, but avoided effective contact with a primary care nurse and preferred "direct" contact with a rehabilitation doctor. In total, there were 61 patients, 37 women, 24 men. the age of patients ranged from 28 to 67. the vast majority of patients (49) underwent arthroscopic intervention with the removal of the compromised meniscus, 12 patients performed combined interventions on the meniscus and Christ – like ligament. The average bed-day after surgery was 1.7 (all patients were discharged for outpatient treatment no later than 3 days after surgery). All patients were consulted by a rehabilitation specialist before being discharged from the hospital with recommendations and an outpatient treatment program.

Ключові слова: медична сестра, артроскопічні втручання, колінний суглоб, реабілітація**Key words:** nurse, arthroscopic interventions, knee joint, rehabilitation.

Вступ. Однією з актуальних проблем сучасної фізичної терапії залишаються травми опорно-рухового апарату. Частота травматичних ушкоджень колінного суглоба (КС) в структурі травм опорно-рухового апарату становить від 50 до 70 % [1]. Складна анатомічна конфігурація КС та функціональна рухомість у трьох проєкціях призводять до збільшення його травматизації. За даними авторів, серед ушкоджень зв'язкових структур суглоба

провідне місце займають ушкодження хрестоподібних зв'язок (ХПЗ) та менісків [2]. Крім того, сьогодні відмічається значне поширення дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів. Артроз відноситься до найбільш тяжких захворювань у загальній структурі всіх патологій суглобів. За даними медичної статистики, поширеність артрозу у світі коливається в межах 23 %, а хірургічні втру-

чання при вказаній патології у 20 % є незадовільними [3]. Незважаючи на вагомості досягнення сучасної медицини та фізичної терапії у цьому питанні, артроз КС за показником первинної інвалідності залишається високим, про що свідчать цифри – 2,4 випадки на 10 тисяч дорослого населення [4]. Щільність кровоносних судин у зв'язках неоднорідна. У ПХЗ аваскулярна зона розташована у фіброзно-хрящової тканини передньої частини, де зв'язка звернена до переднього краю міжвиросткової виїмки. Збіг поганої васкуляризації та наявності фіброзного хряща також спостерігається в ковзних сухожиллях в областях, які зазнають компресійних навантажень, що відіграє певну роль у поганому потенціалі загоєння ПХЗ. Розриви передньої хрестоподібної зв'язки можуть відбуватися при раптовому різкому скручуванні, перерозгинанні або згинанні коліна при бігу, приземленні зі стрибка або внаслідок удару по коліну або гомілки.

У момент травми постраждалий відчуває, що коліно начебто «підкошується, вилітає і встає на місце». Підвищих супроводжується гострим болем і нерідко відчуттям «тріску» в коліні. У зв'язку з швидким накопиченням у суглобі крові протягом 1–2 годин коліно збільшується в обсязі і стає набряклим, напруженим, теплим і болючим. Додатково при травмі можуть пошкоджуватися й інші структури суглоба (меніски, суглобовий хрящ, бічні зв'язки).

Розрив ПХЗ супроводжується грубим порушенням біомеханіки КС, що призведе до розтягування його капсули, пошкодження менісків, хондромалії хряща і розвитку грубого гонартрозу [5].

Починаючи з 80-х років, впроваджується артроскопічна техніка менісектомії. При такому способі проведення операції інструмент хірурга

проникає в колінний суглоб через розріз в кілька міліметрів, а телескоп дозволяє розглядати суглоб зсередини. Ці методи значно зменшують кількість післяопераційних ускладнень. Використання артроскопічного операційного втручання з реконструкцією ПХЗ дозволяє не тільки зберегти нормальну біомеханіку колінного суглоба, але й запобігти ранньому розвитку посттравматичного деформуючого артрозу [6–8].

Значна роль у відновному лікуванні ушкодження ПХЗ належить ефективній фізичній реабілітації, що дозволяє зменшити число незадовільних результатів, уникнути інвалідності та покращити ефективність лікування постраждалих.

Основна частина. З літературних джерел відомо близько 250 способів операційних втручань з приводу ушкодження передньої хрестоподібної зв'язки, що свідчить про недостатню результативність лікування та можливості відновлення функції колінного суглоба. Застосування малоінвазивного артроскопічного методу лікування, що передбачає реконструкцію передньої хрестоподібної зв'язки, є найперспективнішим хірургічним методом усунення ушкодження ПХЗ сьогодні.

Іноді вдаються до ендопротезування зв'язок за допомогою штучних матеріалів, проте термін використання штучних зв'язок обмежений.

Операція може бути виконана відкритим способом, через широкий розріз порожнини суглоба, напіввідкритим – через мінімальний розріз або ендоскопічним способом.

Ендоскопічний спосіб пластики хрестоподібних зв'язок є найменш травматичним. Рухи в суглобі починають вже через кілька днів після операції, але великі навантаження на суглоб обмежують протягом року.

На сьогодні «золотим стандартом» лікування розривів зв'язок колінного суглоба є артроскопія – малотравматична операція, яку виконують через два розрізи довжиною по одному сантиметру.

Мета операції, що передбачає відновлення передньої хрестоподібної зв'язки – якнайшвидше повернути хворого до бажаного рівня фізичної активності та уникнути ускладнень, до яких насамперед належить деформуючий артроз. Удосконалення хірургічної техніки і методів реабілітації привело до того, що понад 90 % хворих повністю задоволені результатами лікування [9].

Медична реабілітація є фундаментом реабілітаційного процесу. Від її ефективності залежить використання подальших видів реабілітації, їх тривалість та обсяг. Фізична реабілітація спрямована на відновлення здоров'я, ліквідацію патологічного процесу, запобігання ускладненням, відновлення або часткову компенсацію порушених функцій, протидію інвалідності, підготовку хворих, які одужують, та людей з обмеженими можливостями до побутових і трудових навантажень, реабілітація переважно завершується у медичних закладах.

Складовою частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація. Вона мобілізує резервні сили організму, активізує його захисні та пристосувальні механізми, запобігає ускладненням, прискорює відновлення функцій різних органів і систем, скорочує терміни клінічного і функціонального відновлення, адаптує до фізичних навантажень, тренує і загартовує організм, відновлює працездатність. Залежно від характеру, перебігу та наслідків захворювання або травми, періоду і етапу відновного лікування фізичну реабілітацію використовують з профілактичною або лікувальною метою і займає допоміжне чи головне місце у комплексі взаємодоповнюючих лікувальних заходів медичної реабілітації [9106].

Реабілітаційне лікування хворих розпочинається до операції і полягає у зменшенні набряку м'яких тканин колінного суглоба, усуненні явищ гемартрозу та зменшенні больових відчуттів. У цьому періоді досягається збільшення скоротливої функції чотириголового м'яза.

Відразу після операції забезпечується спокій і холод – для зменшення больових відчуттів, набряку м'яких тканин оперованого суглоба та усунення явищ гемартрозу. Виконують еластичне бинтування у поєднанні з підвищенням положенням кінцівки. Знеболювання в ранній післяопераційний період показано при вираженому больовому синдромі з поступовим зменшенням частоти та кількості препарату. У ранній післяопераційний період

необхідно забезпечити згинання та розгинання оперованого коліна на рівні зі здоровою ногою та зміцнення м'язів передньої поверхні стегна – чотириголового м'яза, який випрямляє коліно, а потім – м'язів, що згинають коліно, що дозволить досягти нормального розгинання в оперованому коліні та відновити об'єм рухів у повному обсязі. Виконують лікувальну гімнастику, механотерапію, фізіотерапію та класичний масаж [11, 12].

Дозволено ходьбу з дозованим осьовим навантаженням оперованої кінцівки на милицях тією мірою, яка не викликає болю.

У пізній післяопераційний період забезпечують усунення набряку тканин, покращення кровообігу, відновлення повного обсягу рухів в оперованому колінному суглобі, підвищення скоротливої функції м'язів стегна та запобігання розвитку фіброзу суглоба.

Мета роботи. Визначити роль медичної сестри первинної ланки в ланцюгу комунікацій «лікар-реабілітолог – пацієнт – медична сестра» на якість проведення реабілітації у першій фазі після артроскопічного втручання на колінному суглобі.

Матеріали і методи. Групи дослідження:

- Пацієнти, які дотримувались рекомендацій лікаря-реабілітолога та знаходились на постійному контакті з медичною сестрою первинної ланки, а та, в свою чергу здійснювала контакт з лікарем-реабілітологом;

- Пацієнти, які дотримувались рекомендацій лікаря-реабілітолога, але уникали ефективного контакту з медичною сестрою первинної ланки і надавали перевагу «прямому» контакту з лікарем-реабілітологом.

Всього було 61 пацієнт, жінок було 37, чоловіків – 24. Вік пацієнтів складав від 28 до 67. Переважній більшості пацієнтів (49) виконувалися артроскопічне втручання з видаленням скомпрометованого меніску, у 12 пацієнтів виконувались комбіновані втручання на меніску та хрестоподібній зв'язці. Середній ліжко-день після операції складав 1,7 (при цьому всі пацієнти були виписані на амбулаторне лікування не пізніше 3 доби після операції). Всі пацієнти перед випискою із стаціонару були проконсультовані лікарем-реабілітологом з наданням рекомендацій та програми лікування на амбулаторному етапі. Рекомендації та програма лікування містили в собі: режим фізичного навантаження, фізичні справи для прооперованого суглоба, медикаментозну терапію, оцінку больового синдрому, набряки суглоба, стану шкіряних покривів згідно критеріїв індикації по кожному симптому. Крім того, всі пацієнти отримали рекомендації від оперуючого ортопед-травматолога щодо контрольного візиту в лікарню для оцінки стану післяопераційної рани та зняття швів. Всім пацієнтам при виписці зі стаціонару було рекомендовано подальше спостереження у сімейного лікаря за місцем проживання або згідно з заключеними договорами-деклараціями з центрами первинної медико-санітарної допомоги.

Аналіз проводився ретроспективно за допомогою аналізу первинної медичної документації (історії хвороби стаціонарного хворого форма № 003/О, амбулаторних карт пацієнта у сімейного лікаря), методом опитування та співбесіди з пацієнтом та середнім медичним персоналом центрів первинної медико-санітарної допомоги, в яких спостерігалися пацієнти. До першої групи увійшли 31 пацієнт, до другої – 30 (табл. 1).

Таблиця 1.

Групи дослідження

Група	Кількість	Ч	Ж	Серед. вік	Опер. на мен.	Комбінов. втручання	Середн. п/ол/д
I гр.	31	11	20	46	28	3	1,4
II гр.	30	13	17	48	21	9	2,1

Ефективність проведення першої фази реабілітації оцінювали за наступними критеріями: вчасність внесення змін та корекцій в програму реабілітації, в залежності від стану пацієнта, об'єктивність оцінки свого стану та стану прооперованого суглоба, плановий перехід до наступного етапу реабілітації. Стан пацієнта та стан прооперованого суглоба оцінювали за наступними критеріями:

- Загальна температура тіла, набряк м'язів тканин прооперованого суглоба, колір шкіри в зоні прооперованого суглоба, біль в районі прооперованого суглоба як при проведенні фізичних справ, так і в стані спокою. Оцінку больового синдрому проводили за числовою шкалою оцінки болю NRS (Numerical Rating Scale) – від 0 до 10. Оцінку набряку суглоба та м'язів тканин проводили методом вимірювання діаметра суглоба по одній

зовнішній лінії двічі на день – зранку, після пробудження, та ввечері перед нічним відпочинком. Зміни кольору шкіри в районі прооперованого суглоба оцінювали візуальним методом від блілого до яскраво червоного.

Програми реабілітації в першій фазі (перші два тижня після оперативного втручання) складалися з:

- Фізичних справ – пасивних та активних рухів в колінному суглобі зі збільшенням кута рухів на 10 градусів і з поступовим згинанням колінна до 90 градусів;
- Виконання постійних вправ для сідничних м'язів, 4х-голового м'язу, ковзаючі рухи п'яти;
- Ходьба зі сторонньою допомогою на милицях або ходунках;
- Сидіння на стільці по 30 хв 2 рази на день;
- Подолання 3-4 сходинок;
- Згинання в колінному і кульшовому суглобах в стоячому положенні;

- Подолання 4-8 сходинок;
- Самостійна рухливість в ліжку;
- Медикаментозна терапія;
- Місцева терапія – лід на проопероване коліно на 15 хв 3-4 рази на добу.

Програми фізичних вправ, медикаментозна та місцева терапія прописувалися для кожного пацієнта індивідуально в залежності від об'єму оперативного втручання, фізичного стану м'язів стегна, супутньої патології та інших чинників.

Кожний пацієнт отримував в письмовому вигляді критерії оцінки всіх контрольних показників (загальної температури тіла, набряку м'язів тканин та суглоба, болі в прооперованому суглобі, кольору шкіри в районі післяопераційної рани).

Пацієнти I групи знаходилися на прямому постійному контакті з медичним персоналом центру первинної медико-санітарної допомоги (медичною сестрою) в телефонному режимі. Контакт відбувався обов'язково 1 раз на добу, за необхідності (підвищення температури тіла вище 37,5 °C, збільшення набряку, зміна інтенсивності больового синдрому, зміна кольору шкіри) – двічі. В свою чергу медична сестра первинної ланки направляла всю необхідну інформацію лікарю-реабілітологу, який призначив реабілітаційну програму. Така оперативна взаємодія в ланцюгу «лікар-реабілітолог ↔ медична сестра ↔ пацієнт» дозволила вчасно проводити корекцію реабілітаційної програми та уникнути післяопераційних ускладнень в I фазі реабілітації. А саме: у 12 пацієнтів були внесені зміни в програмі реабілітації, які стосувалися режиму фізичного навантаження, у 11 пацієнтів була проведена корекція медикаментозної та місцевої терапії.

Завдяки цьому всі пацієнти I групи вдало та вчасно завершили першу фазу медичної післяопераційної реабілітації та перейшли до другої фази. Ускладнень в прооперованому суглобі, які б могли вплинути на збільшення терміну проходження першої фази реабілітації у пацієнтів цієї групи не було.

Пацієнти II групи в післяопераційному періоді також були проконсультовані лікарем-реабілітологом і при виписці зі стаціонару отримали індивідуальну програму реабілітації.

Перед початком лікування на амбулаторному етапі всім їм було запропоновано продовжити процес лікування та спостереження в тому ж алгоритмі і з тими ж критеріями, як і пацієнтам першої групи, в інформаційному ланцюгу «лікар-реабілітолог ↔ медична сестра ↔ пацієнт».

Але, більшість пацієнтів цієї групи, а саме 21, з різних причин (і це питання потребує додаткового вивчення) відмовилися від такого алгоритму співпраці, аргументуючи своє рішення тим, що їм повністю зрозуміла програма медичної реабілітації, а за необхідності вони будуть звертатися до лікаря-реабілітолога, або до свого лікуючого лікаря ортопед-травматолога самостійно. 9 пацієнтів цієї групи на початку виконання програми реабілітації погодилися на запропоновану модель обміну інформації

щодо стану свого здоров'я та основних критеріїв ефективності реабілітації, але згодом (протягом 2-4 днів), теж з різних причин відмовилися від подальшого спілкування та обміну інформації з медичним персоналом первинної ланки, надавали перевагу безпосередньому контакту зі своїм лікуючим лікарем ортопедичного стаціонару. Виходячи з цього оцінити стан пацієнта, відповідність проходження програми реабілітації тим критеріям, які були вказані в програмі, було складно. Тому ефективність та адекватність проходження I фази реабілітації після артроскопічного втручання у цих пацієнтів визначали ретроспективним методом – шляхом опитування. Основними критеріями ефективності виконання реабілітаційної програми для цих пацієнтів були: вчасний (згідно з попередньо прописаною програмою) перехід до II фази реабілітації та виникнення тих чи інших ускладнень.

Таким чином було виявлено: 16 пацієнтів II групи успішно та без внесення змін до програми реабілітації, пройшли першу фазу та вчасно перейшли до другої фази реабілітації. У 14 пацієнтів цієї групи виникла необхідність вносити зміни до програми реабілітації. Причому у 6 пацієнтів ці зміни стосувалися режиму фізичного навантаження, у 5 пацієнтів проводилась корекція медикаментозної терапії, у 3 пацієнтів виникла необхідність проводити додаткові маніпуляції, а саме пункцію колінного суглоба з паралельною корекцією медикаментозної терапії та режиму фізичних навантажень.

Хотілося б зазначити, що з 14 пацієнтів, у яких виникла необхідність внесення змін до програми реабілітації, тільки у 8 ці зміни були внесені вчасно (після прояву тих чи інших критеріїв невідповідності – набряк суглоба та м'язів тканин, зміна кольору шкіри в районі прооперованого суглоба, посилення больового синдрому, підвищення температури тіла) шляхом позапланової консультації пацієнта лікарем-реабілітологом або лікуючим лікарем ортопед-травматологом в той самий день, коли ці зміни були встановлені пацієнтом. Тим часом, у 6 пацієнтів зміни в програму реабілітації вносилися з затримкою в 2-4 дні. Аналізуючи причини затримки ми прийшли до висновку, що у 4 пацієнтів вона була пов'язана з недооцінкою значення змін критеріїв проходження реабілітації пацієнтом, у 2-х пацієнтів затримка виникла з причини відсутності вчасної комунікації з лікуючим лікарем, яка була пояснена його занятістю. Крім того, у 2-х пацієнтів це призвело до виникнення ускладнень, таких як невчасно виявлений гемартроз колінного суглоба (у 1 пацієнта), і у 1 пацієнта – внутрішньо суглобовий випіт. В подальшому цим пацієнтам неодноразово виконувалася пункція колінного суглоба, була докорінно змінена програма реабілітації, виникла необхідність додаткової медикаментозної терапії.

У всіх 6 пацієнтів, яким зміни до програми I фази післяопераційної реабілітації вносилися невчасно,

виникла необхідність продовжити I фазу реабілітації терміном від 5 до 14 днів (табл. 2).

Таблиця 2

Фази реабілітації та виникнення ускладнень

Група пац.	Кільк.	Вносили зміни	Вчасно вносили зміни	Не вчасно вносили зміни	Усклад.	Потребує продовження I фази	Вчасно закінчили I фазу та перейшли до II фази
I	31	16	16	-	-	-	31
II	30	14	8	6	2	6	24

Висновки. Застосування засобів і методів фізичної реабілітації у лікуванні хворих із травматичним ушкодженням колінного суглоба, після артроскопічних втручань сприяє відновленню амплітуди рухів колінного суглоба та запобігає розвитку ускладнень.

Чітке виконання програми реабілітації та злагожені професійній дії медичного персоналу є важливою складовою відновного лікування хворих із травмою колінного суглоба.

Якість та ефективність проходження I фази медичної реабілітації пацієнтів після артроскопічних втручань на колінному суглобі є запорукою подальшого швидкого відновлення функцій суглобу, вчасного переходу пацієнта до наступної фази реабілітації та повернення до звичайного життя. Проаналізувавши результати проведення і проходження реабілітаційних програм в залежності від програми супроводу пацієнта на амбулаторному етапі лікування в I фазі післяопераційної реабілітації, а саме, I варіант – комунікаційний ланцюжок «лікар-реабітолог ↔ медична сестра первинної ланки ↔ пацієнт» та другий варіант «лікар-реабітолог ↔ пацієнт», ми прийшли до наступних висновків:

1. Індивідуальні програми I фази медичної реабілітації для пацієнтів після артроскопічних втручань на амбулаторному етапі лікування мають в собі нести чіткий алгоритм режиму фізичного навантаження прооперованого суглоба, чіткі характеристики проведення процедур місцевої гіпотермії, план медикаментозної терапії уникаючи можливості двозначного тлумачення пацієнтом;

2. Дані програми мають містити в своєму складі чіткі критерії патологічних змін (температура тіла, набряк суглобу та м'яких тканин, зміна кольору шкіри прооперованого суглоба, характеристики больового синдрому), при виникненні яких, пацієнт потребує додаткової консультації фахівця на предмет внесення змін до програми проведення реабілітації;

3. Ефективність програми реабілітації буде залежати від вчасного звернення пацієнта у випадку виникнення вищезазначених змін;

4. Перед початком проходження I фази медичної реабілітації пацієнт має бути ретельно ознайомлений з програмою реабілітації, розуміти важливість дотримання чіткого виконання всього алгоритму реабілітаційної програми, чітко уявляти критерії патологічних змін, які будуть свідчити про необхідність додаткової консультації фахівця з прийняттям рішення про можливу корекцію програми;

5. Медична сестра первинної ланки, яка безпосередньо приймає участь в спостереженні за станом пацієнта на амбулаторному етапі лікування, має бути ознайомлена з програмою реабілітації, критеріями її ефективності, мати можливість підтримувати постійний зв'язок з пацієнтом та лікарем-реабітологом. Наш досвід показав, що саме за виконання цих умов (I група пацієнтів) проходження I фази медичної реабілітації після артроскопічних втручань на колінному суглобі є вдалими і всі пацієнти вчасно перейшли до наступної фази (навіть незважаючи на те, що у 16 пацієнтів (52 %) із 31 знадобилося вносити зміни в програму). Завдяки ефективності комунікативного ланцюга «лікар-реабітолог ↔ медична сестра первинної ланки ↔ пацієнт» ці зміни вносилися вчасно, що і дало можливість уникнути виникнення ускладнень та подовження терміну проходження I фази медичної реабілітації;

6. При проходженні амбулаторного етапу лікування в I фазі медичної реабілітації з використанням комунікаційного ланцюжка «лікар-реабітолог (лікуючий ортопед-травматолог) ↔ пацієнт» можуть виникати складності, які в свою чергу будуть призводити до невчасного корегування програми медичної реабілітації, виникнення ускладнень в ранньому післяопераційному періоді та подовження терміну I фази програми медичної реабілітації (в нашому дослідженні подовження I фази реабілітації потребували 6 (20 %) пацієнтів цієї групи та у 2(≈7 %) виникли ускладнення, які потребували додаткових маніпуляцій);

7. Потребує подальшого дослідження питання відмови пацієнта та його небажання участі медич-

ного персоналу первинної медичної ланки в супроводі його на амбулаторному етапі лікування в ранньому післяопераційному періоді та проходження І фази медичної реабілітації.

Таким чином, за матеріалами нашого дослідження ми можемо дійти висновку, що комунікаційний ланцюжок «лікар-реабілітолог ↔ медична сестра первинної ланки ↔ пацієнт» є більш ефективним в супроводі пацієнта на І фазі медичної реабілітації після артроскопічних втручань на колінному суглобі, ніж комунікаційний ланцюжок «лікар-реабілітолог ↔ пацієнт» та дозволяє вдало пройти пацієнту І фазу і вчасно перейти до наступного етапу реабілітації та відновлення.

Література

1. Без'язична О. В. Використання масажу та фізіотерапії після артроскопічних операцій на колінному суглобі. Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. – №3. – С. 23–25.
2. Бражанюк А. А. Фізична реабілітація спортсменів з пошкодженнями передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглобу після артроскопічної операції. Молодий вчений. – 2018. – №3 (55). – С. 163–166.
3. Гайко О. Г., Перфілова Л. В. Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів після артроскопічних втручань у хворих з ушкодженнями менісків та передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. Медсестринство. 2019. №2 Збірник наукових праць XVII з'їзду ортопедів-травматологів України, Київ, 5–7 жовтня 2016. – К. : ДУ «ІТО НАМНУ», 2016. – С. 369.
4. Гончарук Н. В., Без'язична О. В., Дмитренко О. А. Комплексна фізична реабілітація жінок першого зрілого віку після артроскопічної операції з приводу комбінованого ушкодження меніску та зв'язок колінного суглоба в умовах поліклініки. Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2014. – №3. – С. 40–44.
5. Рой І. В., Баяндіна О. І., Бабова І. К., Костогриз О. А. Етапна реабілітація після артроскопічних втручань на колінному суглобі. Матеріали міжнародного конгресу «Медична і фізична реабілітація – європейський підхід» в рамках міжнародного медичного конгресу «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України». – К., 2012. – С. 68.
6. Зазірний І. М. Сучасні суперечливі погляди на реабілітацію після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки (огляд літератури). Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2014. – №3. – С. 75–79.
7. Спужак М. І., Шармазанова О. П., Абдуллаєв Р. Я. та ін. Колінний суглоб (променева анатомія, методи дослідження, променева діагностика захворювань і травматичних ушкоджень). Донецьк : Видавець Заславський О. Ю., 2011. – 208 с.
8. Рой І. В., Страфун С. С., Коструб О. О. та ін. Методика відновного лікування хворих після артроскопічної реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки в ранньому післяопераційному періоді : методичні рекомендації. НАМНУ, МОЗУ, УЦНМІ ПЛР, ІТО НАМНУ. – К. : ТОВ «Етна-1», 2015. – 28 с.
9. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія. – Л. : ЛДУФК, 2015. – 428 с.
10. Магльований А., Мухін В., Магльована Г. Основи фізичної реабілітації. – Львів, 2006. – 150 с.
11. Баяндіна О., Катюкова Л., Стрельник М. та ін. Фізична реабілітація пацієнтів після артроскопічної реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба на пізньому післяопераційному періоді. Фізкультура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – К., 2014. – Вип. 17. – С. 625–629.
12. Чеміріс А. Й., Давиденко А. В. Фізична реабілітація хворих з пошкодженням передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. Літопис травматології та ортопедії. – 2011. – №1–2. – С. 271–271.