



Рішенням Президії ВАК України за №5-15/4 від 11.04.2001 р. журнал зарахований до фахових наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт

*Затверджено на засіданні
вченої ради
національного медичного
університету
ім. О.О.Богомольця*

Шеф-редактор
Склярєнко Є. Т.
Головний редактор
Бур'янов О. А.
Відповідальні секретарі
Кваша В.П.,
Омельченко Т.М.

Адреса редакції:
01601, МСП, Україна, м. Київ,
вул. Воровського 27.
Кафедра травматології та
ортопедії
Тел.: 486-32-07
Факс: 246-51-20

Комп'ютерна верстка
Ільницька Т.Л.

Здано: 01.02.11
Підписано до друку: 22.02.11

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

**УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ
ТРАВМАТОЛОГІВ-ОРТОПЕДІВ**

ЛІТОПИС ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОПЕДІЇ

**№ 1-2 / 2011
(21-22)**

Науково-практичний журнал

*Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 4653 від 01.11.2000 р.*

Редакційна колегія:

Волошин О.І.
Гайко Г.В.
Коляденко В.Г.
Корж М.О.
Кривченя Д.Ю.
Крись-Пугач А.П.
Левицький А.Ф.
Лоскутов О.Є.
Магомедов О.М.
Поляченко Ю.В.
Свінціцький А.С.
Страфун С.С.
Радченко В.О.
Філіппенко В.А.
Хвисьок М.І.
Цимбалюк В.І.

Редакційна рада:

Бітчук Д.Д. (Харків)
Брехов О.М. (Сімферополь)
Голка Г.Г. (Харків)
Загородній М.В. (Москва)
Зазірний І.М. (Київ)
Івченко В.К. (Луганськ)
Клімовицький В.Г. (Донецьк)
Орлянський В. (Австрія)
Ошкадеров С.П. (Київ)
Продан О.І. (Харків)
Рубленік І.М. (Чернівці)
Сухін Ю.В. (Київ)
Тимошенко О.П. (Харків)
Тиходеев С.М. (С-Петербург)
Чемеріс А.І. (Запоріжжя)
Шабус Р. (Австрія)
Шимон В.М. (Ужгород)
Хохол М.І. (Київ)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Передня хрестоподібна зв'язка (ПХЗ) одна з головних зв'язок колінного суглоба, ушкодження якої становить досить значний відсоток усіх розривів сумково-зв'язкового апарату колінного суглоба (СЗА КС).

Для визначення ушкодження ПХЗ використовують клінічне обстеження, однак об'єктивною є магнітно-резонансна томографія. Головним симптомом розриву передньої хрестоподібної зв'язки є передньо-медіальна нестабільність суглоба. Відсутність стабільності приводить до раннього розвитку артрозу колінного суглоба. При вираженій нестабільності виконуються оперативні втручання, що полягають в реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки, яка може бути здійснена відомими способами в т.ч. артроскопічно.

Під нашим наглядом знаходилося 64 пацієнта з застарілими ушкодженнями ПХЗ. Чоловіків – 43, жінок – 21 в віці 19-58 років. Строки оперативного втручання після травми від 3 місяців до 6 років.

Програма реабілітаційних заходів визначалась для кожного пацієнта в залежності від віку, статі, особливостей оперативного втручання та була направлена на:

- раннє поліпшення капсульно-зв'язкового кровообігу й трофіки суглобового хряща;
- підтримання обсягу м'язової координації та профілактику спайкового процесу.

Доопераційна реабілітація використовувалась у 28 пацієнтів в зв'язку з недостатньою м'язовою силою і порушеннями функції суглоба та включала ЛФК, масаж, електростимуляцію м'язів, ізометричну гімнастику.

На цьому ж етапі лікування, пацієнт інформується про цілі, завдання і етапи післяопера-

ційної реабілітаційної програми, можливі строки відновлення функцій і опорності кінцівки.

Реабілітація після операції включала руховий режим, призначення медикаментів, в деяких випадках – лікувальну гімнастику і масаж. Після операційна фізична реабілітація включала:

- поетапну оцінку функціонального стану нижньої кінцівки пацієнта та корекцію курсу реабілітаційних заходів;
- підбір, інструктаж, навчання пацієнта особливостям рухового та опорного режиму і використання засобів іммобілізації;
- спеціальні вправи (ізометричні, ізотонічні) для кожної ситуації, з урахуванням особливостей стану суглоба, рефлекторних і біомеханічних порушень;
- заходи збільшення об'єму рухів (фізіотерапія (магнітотерапія, електростимуляція, ультразвук і т.п.) бальнео- або гідротерапія (душ, ванни), масаж;
- профілактика спайок і зрощень (масаж, пасивні рухи);

Результати наведених реабілітаційних заходів відстежені у всіх 64 пацієнтів на стаціонарному етапі, а у 49 пацієнтів в строки 1 рік. Всі пацієнти виписувались на амбулаторне лікування при відновленні рухів в колінному суглобі 90°, що потребувало від 3 до 18 діб. При вивченні віддалених результатів лише у 4 з 49 пацієнтів відмічено обмеження функції в колінному суглобі на 5-10°.

Фізична реабілітаційна програма після відновлення ПХЗ повинна включати стан місцевого статусу (ділянка пошкодження), супутніх рефлекторних і біомеханічних порушень, віку, функціонального стану організму. В період реабілітації необхідно проводити динамічний контроль і корекцію методик в залежності від досягнення результатів.