



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)

Проценко В.В.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ КІСТКОВО-ПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ З ВИКОРИСТАННЯМ ІМПЛАНТАЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ НА ОСНОВІ БІОАКТИВНОГО СКЛА 123

Самусенко І.В., Бур'янов О.А., Волошин О.І., Кечипорчук С.Л., Даниленко І.В., Кухарук М.І.

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИМИ КОНТРАКТУРАМИ ТА АДГЕЗИВНИМ КАПСУЛІТОМ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА 126

Шимон В.М., Шніцер Р.І., Василюк М.М., Пушкаш І.І., Ламбрух І.М.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНОЮ ТРАВМОЮ ХРЕБТА 131

Гужевський І.В., Герасименко С.І.

ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ОСТЕОАРТРОЗОМ СУГЛОБІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ СПОНДИЛОЕПІФІЗАРНІЙ ДИСПЛАЗІЇ 134

Щербина І.Е.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ 138

Шимон В.М., Шерегій А.А.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ЛІКУВАННІ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ 141

Кривенко С.Н.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ 145

Гур'єв С.О., Сазик С.П.

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД 148

Валихов В.А.

ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА 151

Герасименко С.І., Полулях М.В., Дуда М.С.

ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ПОДАГРУ 154

Асланян С.А., Чемирисов В.В., Пичурин В.В., Малый Н.Ю.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМОЙ 157

Проценко Г.А., Коваленко С.А., Коваленко Л.Н., Скомарохова З.Н.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ 162

Гур'єв С.О., Танасієнко П.В.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ІНФЕКЦІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПОЛІТРАВМИ 165

Калашніков О.В., Апуховська Л.І., Калашніков А.В., Василевська В.М., Безусяк А.І., Лотоцька О.Ю.

ПОРУШЕННЯ D-ВІТАМІННОГО ТА МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІДЕОПАТИЧНИЙ КОКСАРТРОЗ 167

Анкін М.Л., Петрик Т.М., Ковальчук В.М.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ ... 170

Дискусії, пошуки, гіпотези

Бур'янов А.А., Дыкан И.В., Рябикин А.В., Мироняк Л. А, Соболевский Ю. Л.

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ, МАГНИТОРЕЗОНАНСНОЙ И АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСКОВИДНОГО ЛАТЕРАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА 174

Шимон В.М., Шерегій А.А., Гелета М.М., Болдижар О.О

ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ГОМІЛКИ МЕТОДОМ ЧЕРЕЗКІСТКОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ В УМОВАХ ЕНДЕМІЧНИХ РЕГІОНІВ 180

Перфілова Л.В., Гайко О.Г.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ЕЛЕКТРОПУНКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ Р.ФОЛЛЯ У ХВОРИХ ІЗ НАСЛІДКАМИ ТРАВМ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ 183

Огляди, рецензії

Продан А.И., Перепечай О.А., Федотова И.Ф., Чернышев А.Г., Фищенко Я.В., Ашихмин А.В.

ПАТОГЕНЕЗ И СЕМИОТИКА ПОЯСНИЧНОГО СПИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА 187

Бур'янов О.А., Лакша А.М., Ярмолук Ю.О.

ЕВОЛЮЦІЯ ПОГЛЯДІВ НА ФОРМУВАННЯ СУЧАСНИХ ПРИНЦИПІВ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 197

Бур'янов О.А., Лиходій В.В.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНОСТІ НАДКОЛІНКА (ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) 200

Корпан М.І., Чекман І.С., Магомедов О.М., Бруско А.Т., Бур'янов О.А., Свінціцький А.С., Кутова Т.В., Загородний М.І., Омельченко Т.М., Фіалка-Мозер В.

ХОНДРОЦИТИ. СТРУКТУРА, ФУНКЦІЯ, ЗМІНИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗІ, ВПЛИВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ 207

Повідомлення з практики

Драган В.В., Фоминых Т.А., Жамал Абдель-Карим Немер М.А., Мильнер В.Н., Шуваев В.Г., Дворянов А.Н., Бом Г.К., Калафатов Э.М.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ И ВИДА ОСТЕОТОМИИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НА ФУНКЦИЮ СМЕЖНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ 216

Шимон В.М., Пічкач І.Й.

ДІЯ ДІОДНОГО ЛАЗЕРА ПРИ ЗВАПНЕНИХ ПРОТРУЗІЯХ ТА КИЛАХ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ 221

Рець С.М., Заморський Т.В., Марценюк І.М.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ УШКОДЖЕННІ МЕНІСКІВ 224

Міренков К.В.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМАХ 227

Шимон В.М., Пічкач І.Й., Пантьо В.І.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ВАПОРИЗАЦІЇ ДИСКІВ 230

Рой І.В., Зінченко В.В., Катюкова Л.Д.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОПОРОЗ 233

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМАХ

Проаналізовано досвід післяопераційної реабілітації 215 хворих з переломами ділянки колінного суглоба. Розроблено комплекс реабілітаційних заходів, заснований на ранньому відновленні рухів, чому сприяє малотравматичне оперативне втручання, ретельне відновлення конгруентності суглобових поверхонь і стабільний остеосинтез. Складовими представленого комплексу є: боротьба з болем і набряком, профілактика трофічних розладів, відновлення м'язової маси і тону, рання рухова активність.

Ключові слова: колінний суглоб, внутрішньосуглобовий перелом, реабілітація, відновлення функції.

Вступ

Будь-яка ортопедо-травматологічна патологія є насамперед патологією руховою. І саме функціональний результат визначає якість лікування будь-якого пошкодження опорно-рухового апарату [4]. Однією з найскладніших проблем травматології залишається лікування переломів ділянки колінного суглоба (КС), яке потребує анатомічної репозиції уламків, стабільної і жорсткої фіксації, відновлення менісків, сумково-зв'язкового апарату і ранньої функції [1, 3].

Мета роботи

Аналіз комплексу післяопераційного відновлювального лікування хворих з переломами ділянки колінного суглоба, що застосовується у клініці політравми кафедри медицини катастроф Запорізького медуніверситету.

Матеріал та методи

Проаналізовано результати лікування 215 хворих з 223 переломами ділянки колінного суглоба. Переломи виростків стегнової кістки спостерігали в 33 випадках (15%), великогомілкової (ВГК) – в 176 (79%), поєднані переломи обох зчленованих відділів кінцівки в 14 (6%). Переломи обох кінцівок були у 8 хворих (3 – стегна, 5 – ВГК). Серед переломів ВГК переважав латеральний виросток – 126 пацієнтів (66%), медіальний – 15 (8%), міжви́росткові переломи – у 49 (26%). Відповідно класифікації АО: тип 41А – спостерігали у 17 випадках, 41В – у 132, 41с – у 41. Переломи стегна: латеральний виросток – у 16 (34%), медіальний – у 8 (17%), міжви́росткові – у 23 (49%). Тип 33А – 8 випадків, 33В – 24, 33С – 15.

Характер хірургічних втручань: закритий чезиршкірний остеосинтез компресуючим пристроєм (17), відкрита репозиція перелому з кістковою аутопластикою і остеосинтезом внутрішніми конструкціями (156), зовнішній остеосинтез шпиче-стрижневими апаратами (67).

Згідно характеру післяопераційного відновного лікування пацієнти були розділені на дві групи. Першу склали 82 хворих, яким в післяопераційному періоді здійснювали фіксацію КС апаратами зовнішньої фіксації з модулем на суміжному сегменті (38) та гіпсовою пов'язкою (44). Початок розробки рухів у КС в цій групі колювався від 3-го тижня до двох місяців.

Друга група налічувала 129 пацієнтів зі стабільним остеосинтезом внутрішніми фіксаторами, яким практично не здійснювалася іммобілізація КС і проводилося раннє функціональне відновне лікування. Обсяг і характер реабілітаційних заходів підбирався індивідуально, залежно від характеру внутрішньосуглобових ушкоджень та хірургічного втручання. Реабілітаційний комплекс складався з двох періодів: раннього післяопераційного та відновлювального.

В ранньому післяопераційному періоді всім хворим, незалежно від обсягу руйнувань КС і характеру хірургічної корекції, призначали комплекс заходів, що забезпечував знеболюючу та тонізуючу дію і включав медикаментозне лікування, фізіопроцедури, дихальну гімнастику тощо. З п'ятого дня призначали курс УВЧ-терапії. Із стаціонару хворих виписували по досягненні обсягу рухів у прооперованому суглобі 90-180°. Активна функціональна тактика дозволяла більшості хворих досягти такого обсягу до 10-14 дня після операції.

Принципова схема заходів даного періоду: день операції: піднесене положення кінцівок; «бублик» для запобігання гемартрозу; анальгетики; локальна гіпотермія (пузир з льодом).

1-а доба: перев'язка; ви́лущення «бублика» та ортопедичної подушки; хворий лежачи активно піднімає іммобілізовану кінцівку – по 3 рази кожної години та робить до 30 статичних напружень м'язів стегна.

2-а доба: частота активних щогодинних піднімань кінцівки збільшується до 20; статичні на-

пруження – по 5 хвилин кожну годину; обережна розробка функції згинання до больового порогу.

3-я – 4-а доба: активні вправи розширюються, збільшується їхня інтенсивність і тривалість;

5-а доба: до перелічених заходів додавали УВЧ, легкий масаж м'язів стегна й гомілки.

6-а – 12-а доба: продовження і розширення реабілітаційних дій; зняття швів та іммобілізації; виписки на амбулаторне лікування.

Відновлювальний період проводився в амбулаторних умовах, починався з 11–14 дня й тривав до повного відновлення функції і об'єму м'язів. Завданнями періоду були:

1. Оптимізація процесу репаративної регенерації.
2. Відновлення повного обсягу рухів прооперованого суглоба, функції опори, ходьби тощо.
3. Відновлення сили і витривалості м'язів кінцівки.
4. Підготовка до праці і поновлення трудової діяльності.

Перед випискою із стаціонару кожен пацієнт отримував письмові рекомендації, в яких докладно викладалися поради щодо вправ з лікувальної фізкультури, фізіотерапії, масажу тощо. Хворі продовжували тренування м'язів-розгиначів, збільшуючи темп, інтенсивність занять та оновлюючи їхній склад. До призначення фізіопроцедур під час амбулаторного лікування підходили індивідуально, бо в багатьох випадках терапія, проведена в умовах поліклініки, знецінюється труднощами відвідування. Під час щомісячних контрольних оглядів оцінювали досягнуті результати і коригували подальшу тактику.

Хворий не припускав осьового навантаження прооперованої кінцівки протягом чотирьох місяців. Далі дозволяли поступово включати ногу у зростаюче навантаження, переходячи від милиць до ціпка. Рекомендували ЛФК у воді, плавання, масаж м'язів стегна і гомілки.

Результати та обговорення

У хворих І групи впровадження реабілітаційного комплексу супроводжувалося значними труднощами розробки рухів у суглобі, травматизацією та запаленням м'язів тканин навколо шпича та стрижнів, больовим синдромом, що знижувало його ефективність.

Пацієнти ІІ групи, яким були розпочаті ранні реабілітаційні заходи, показали значно кращі результати. Відновлення функції суглоба, лімфо-венозного відтоку, м'язового тонусу і трофіки тканин відбувалося порівняно швидко і ефективно.

Найближчі та віддалені результати оцінювалися за схемою J. Schatzker [5] і були вивчені у 92,3%

хворих. В І групі добрі результати були отримані у 29 (35%) хворих, задовільні – у 49 (60%), незадовільні (стійка контрактура) – у 4 (5%). Треба сказати, що саме до цієї групи входили пацієнти з найскладнішими руйнуваннями КС. В ІІ групі відмінні результати отримані у 58 (45%), добрі – у 61 (47%), задовільні – у 10 (8%) пацієнтів. Незадовільних результатів у цій групі не було. Позитивні результати отримані у 92% прооперованих пацієнтів.

На нашу думку, основною ланкою реабілітаційного комплексу є безпосередньо оперативне втручання [3]. Від ретельності відновлення конгруентності суглобових поверхонь і зв'язкового апарату, дбайливого ставлення до м'язів тканин і стабільності остеосинтезу залежить час початку і успішність розробки рухів, рівень больового синдрому, відновлення лімфо-венозного відтоку і трофіки тканин.

Відновлювальне лікування має бути спрямованим на вирішення декількох основних завдань:

- зменшення негативного впливу гострої травми на функціональний стан організму;
- створення оптимальних умов для репаративного процесу;
- відновлення функції ушкодженого сегмента.

Оскільки іммобілізація викликає порушення обмінних процесів у м'язовій тканині, що призводить до зменшення її маси з розвитком вегето-трофічних розладів і зниженням функціональних можливостей нервово-м'язового апарату, внаслідок чого зменшується амплітуда рухів або розвиваються контрактури у суглобах [7], ми прагнули відмовитись від іммобілізації, зважаючи на малотравматичність втручання і стабільність фіксації. Але гостре післяопераційне запалення вимагало забезпечення спокою для кінцівки. Компромісним рішенням стало використання зйомно-нерухомого ортеза, який, забезпечуючи надійну нерухомість у суглобі, дозволяв хворому періодично виконувати вправи з активного відновлення рухів. Термін іммобілізації визначали залежно від обсягу і характеру хірургічного втручання, стабільності остеосинтезу, складності руйнування кісток та м'язів тканин суглоба, загального стану та психоемоційних особливостей хворого. В середньому він коливався від 2 до 10 діб. При відновленні зв'язок чи менісків, іммобілізували КС протягом трьох тижнів.

Пам'ятаючи про пріоритетне значення тонусу чотириголового м'яза стегна для повноцінної функції колінного суглоба [6], призначали активні вправи без навантаження кінцівки. За відсутності активного тренування м'язів безефективні масаж та фізіотерапія, які носять пасивний характер, не відновлюють вольових рухів і сприяють

розвитку апатії у хворого [1]. Наші пацієнти починали виконувати статичні та ізометричні вправи для чотириголового м'яза ще у передопераційному періоді і відновлювали їх з першого дня після операції, повторюючи багато разів на день. З другого післяопераційного дня, залежно від стану прооперованого суглоба, починали відновлення функції активними рухами. Для цього іммобілізацію тимчасово знімали. Такі вправи здійснювали одночасно у симетричних м'язах і суглобах, з поступовим збільшенням обсягу.

Заглибний остеосинтез із застосуванням внутрішніх фіксаторів і відмова від зовнішньої іммобілізації, дозволили поліпшити якість життя пацієнтів на весь період реабілітаційного лікування. Розроблений комплекс післяопераційних відновлювальних заходів дав сприятливий клінічний ефект і добрі анатомо-функціональні результати після відновних операцій на КС.

Висновки

1. Кінцевою метою лікування хворих з переломами ділянки КС є відновлення повноцінної функції суглоба, яке може статися за умов ранньої післяопераційної розробки рухів, що потребує відмови від іммобілізації, завдяки малотравматичності оперативного втручання, ретельному відновленню артикулюючих поверхонь та стабільному остеосинтезу.
2. Комплекс реабілітаційних заходів має підбиратися індивідуально для кожного хворого, залежно від характеру й обсягу руйнування суглоба та оперативного втручання.
3. Складовими комплексу післяопераційної реабілітації хворих з переломами ділянки КС є боротьба з болем і набряком, профілактика трофічних розладів, відновлення м'язової маси і тонуса та рання рухова активність.

Література

1. Ахметьянов Р.Ф., Лукьянов Е.М., Пиотрович Е.А. и др. Агрессивная реабилитация в ближайшем послеоперационном периоде у больных с травмами и заболеваниями коленного сустава // Материалы Международн. конгресса «Травматология и ортопедия: современность и будущее». – Москва, 2003. – С. 398-399.
2. Миренков К.В., Гацак В.С. Оптимальный остеосинтез при переломах мыщелков большеберцовой кости // Сб. матерал. второй науч.-практ. конфер. ФМБА «Лечение больных с повреждениями и заболеваниями конечностей» – Москва, 2005. – С. 66.
3. Ким А.П., Челноков А.Н., Стальмах К.К. Реабилитация больных с переломами мыщелков

большеберцовой кости // Сб. матерал. все-российской науч.-практ. конфер. «Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей». – Москва, 2003. – С. 156-157.

4. Goebel D, Schultz W. Physiotherapeutic Interventions on an Outpatient Basis for Orthopaedic and Trauma Surgery: Can Success be Recorded? // *Z Orthop Unfall*. – 2010. Oct -12.
5. Schatzker J, McBroom R, Bruce D. The tibial plateau fracture. The Toronto experience 1968-1975 // *Clin Orthop Relat Res*. – 1979. Jan-Feb; (138) – P. 94-104.
6. Richardson J.P., Iglarsh Z.A. Clinical orthopedic physical therapy. – Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1994. – 738 p.
7. Valkenet K, van de Port IG, Dronkers JJ et all. The effects of preoperative exercise therapy on postoperative outcome: a systematic review. // *Clin Rehabil*. – 2010. – Nov – 8.

Реферат

К.В. Миренков

Послеоперационное восстановление функции коленного сустава при внутрисуставных переломах

Проанализирован опыт послеоперационной реабилитации 215 больных с переломами области коленного сустава. Разработан комплекс реабилитационных мероприятий, основанный на раннем восстановлении движений, чему способствует малотравматичное оперативное вмешательство, точное восстановление конгруэнтности суставных поверхностей и стабильный остеосинтез. Составляющими представленного комплекса являются: борьба с болью и отеком, профилактика трофических расстройств, восстановление мышечной массы и тонуса, ранняя двигательная активность.

Ключевые слова: коленный сустав, внутрисуставной перелом, реабилитация, восстановление функции.

Resume

K.V. Mirenkov

Postoperative recovery of the knee joint with intra-articular fractures

Analyzed the experience of post-operative rehabilitation of 215 patients with fractures of the knee joint. A complex of rehabilitation measures, based on an early restoration of motion, aided by low-impact surgery, accurate recovery of congruence of joint surfaces and stable fixation. Conceptualized complexes are: the struggle with pain and swelling, prevention of trophic disorders, restoration of muscle mass and tone, early physical activity.

Key words: knee joint, intra-articular fracture, rehabilitation, restoration of function