МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту
Державний департамент морського і річкового транспорту України
Професійна спілка робітників морського транспорту України

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 2 (44)
(квітень - березень)

Одеса 2009

УДК 616.728.3-018.36-001-036.11-089-036.82/.85

А. Й. Чемiріс

ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ГОСТРИХ УШКОДЖЕНЬ СУМКОВО – ЗВ'ЯЗКОВОГО АПАРАТУ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Запорізький державний медичний університет

Реферат. А. И. Чемирис**. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ОСТРЫХ ПОРАЖЕНИЙ СУМОЧНО – СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА.** Разработана программа восстановления движений в коленном суставе и опорности конечности, которая предусматривает: раннее улучшение капсульно-связочного кровообращения и трофики суставного хряща; подержания объему мышечной координации и профилактику спайечного процесса.

Программа требует использование надлежащих лечебних мероприятий путем: обезболивания, пункции сустава и аспирации крови при гемартрозе; мобилизации надколенника; востановление амплитуды движений и мышечного контроля путем "закачивание мышц", растяжения, электростимуляции. Использование программы эфективно у 236 пациентов и привело к раннему восстановлению функций оперированного сустава.

Ключевые слова: коленный сустав, сумочно-связочный аппарат, программа реабилитации, медикаментозная терапия, физиофункциональное лечение.

Summary. A. I. Chemiris. **PROGRAM OF REHABILITATION AFTER THE RECONSTRUCTIONS OF SHARP DAMAGES OF BURSAL -LIGAMENTOUS APPARATUS OF THE KNEE JOINT.** The program of restoration of movements and support function of knee joint which includes earlier improvement of capsular and ligament blood circulations, improvement of a trophicity of an articulate cartilage is developed; maintenance of volume of a muscular coordination and preventive maintenance of adherent process is developed.

This program demanded of uses next medical actions: anaesthesia, punctures of a joint, a blood aspiration at a hemarthrosis, mobilisation of a whirlbone, restoration of amplitude of movements and the muscular control by "muscles fitness", stretching, electrical stimulations. Program use effectively at 236 patients also has led to early restoration of function on the operated joint.

Key words: knee joint, bursal - and - ligamentous apparatus, rehabilitation programme, drug therapy, physiofunctional treatment.

Реферат. А. Й. Чемирис**. ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ГОСТРИХ УРАЖЕНЬ СУМКОВО – ЗВЯ'ЗКОВОГО АПАРАТУ КОЛІННОГО СУГЛОБУ.** Розроблена програма відновлення руху в колінному суглобі й опорності кінцівки, яка передбачає: раннє покращення капсульно-зв'язочного кровообігу й трофіки суглобового хряща; піддержання об'єму м'язової координації й профілактику спайєчного процесу.

Програма потребує використання належних лікувальних заходів шляхом: обезболювання, пункції суглоба і аспирації крові при гемартрозі; мобілізації надколінника; відновлення амплітуди рухів і м'язового контролю шляхом "закачювання мязів", розтяжки, електростимуляції. Використання програмы ефективно у 236 пацієнтів й привело до ранного відновлення функцій оперованого суглоба.

Ключові слова: колінний суглоб, сумково – зв'язковий апарат, програма реабілітації, медикаментозна терапія, фізіофункціональне лікування.

© А. Й. Чемирис

Вступ

Різноманітність ушкоджень сумково – зв'язкового апарату (СЗА КС) і наслідки складних оперативних втручань потребують подальшого лікування та реабілітації, направленої на раннє відновлення анатомо-функціональних особливостей суглоба.

Програми реабілітаційних заходів, рекомендованих пацієнтам, які оперувалися з приводу гострої нестабільності КС, не можна вважати детально опрацьованими. Це пояснюється тим, що лише в окремих лікувальних закладах упроваджене хірургічне лікування гострих ушкоджень СЗА КС, кількість спостережень незначна, тактика післяопераційного лікування суперечлива.

Матеріал і методи

В клініці травматології та ортопедії Запорізького державного медичного університету прооперовано 416 пацієнтів з різними видами, типами і ступенями гострої нестабільності колінного суглоба. Усі пацієнти оперовані в строк до 14 діб після травми. У 236 (56,7%) пацієнтів використовувалась розроблена нами програма відновлення рухів та опороздатності кінцівки (табл.1).

Програма відновлення рухів й опірності кінцівки після реконструкції гострих ушкоджень СЗА КС (перші 3 тижні)

Наведені в програмі завдання забезпечуються проведенням належних лікувальних заходів.

Знеболення досягається шляхом прикладання льоду у вигляді охолоджувальних пакетів до 20 хвилин, а також застосування медикаментозних препаратів (кетолонг, омнопон та ін.) 2-3 дні залежно від інтенсивності болю.

Профілактика й лікування гемартрозу проводиться за допомогою використання охолоджувальних пакетів з льодом, пункції суглоба й аспірації крові.

Хворих навчали методиці мобілізації надколінка, відновлення м'язового контролю шляхом раннього «закачування м'язів» та їхнього розтягування, а також міостимуляції 3 – 4 доби. Відповідно до розробленої програми на першому етапі реабілітаційних заходів з метою знеболювання використовують поруч із магнітотерапією апарат зняття болю (АЗБ) у терапевтичних режимах. Після зняття шкіряних швів (10-12 доба) призначають ультразвук з гідрокортизоновою маззю – до 10 сеансів.

На другому етапі продовжують електростимуляцію м'язів, ультразвукову терапію, залучають озокерито(парафіно)терапію – до 15 сеансів. Зовнішньо застосовують гелі із знеболюючою та протизапальною дією (діклак, долобене, діклоберл, фастум) – 4-5 разів на добу. При визначенні спайкового процесу призначають електрофорез із лідазою, компреси з ронідазою.

На третьому та четвертому етапах з метою подальшого відновлення тонусу і сили м'язів кінцівки призначають повторний курс електростимуляції м'язів апаратом „Міотон". Пацієнтів з контрактурами суглобів і атрофією м'язів стегна направляють для реабілітації в обласну фізіотерапевтичну лікарню, де вони проходять повторні курси фізіо-функціонального лікування (електрофорез, ультразвук, магнітолазер, міостимуляцію, грязьові аплікації, ЛФК у воді).

Результати та обговорення

Наведена програма відновлювального лікування застосована у 236 (56,7%) прооперованих пацієнтів. Знеболюючий ефект досягнутий у всіх пацієнтів шляхом використання пакетів з льодом і медикаментозних препаратів. У першу добу знеболювання призначалося 2-3 рази, в наступні 2-3 дні – 1 раз на добу. Гемартроз був виявлений у 58 (13,9%) пацієнтів й усунутий шляхом аспірації крові з суглоба. Слід відзначити, що у 12 (2,8%) результатом надактивного реабілітаційного процесу був помірний синовіїт (до 30,0 мл рідини), який усувався пункцією, зменшенням навантаження на 3-4 доби, використанням стероїдних (кеналог, діпроспан) та нестероїдних протизапальних препаратів (месулід, моваліс, целебрекс).

Нормальна мобілізація надколінка на кінець 3-го тижня визначена у 154 (37,0%) пацієнтів (зміщення на 1 см проксимально при скороченні квадрицепса). Найбільш ефективним стало ізометричне скорочення м'язів стегна та їхня міостимуляція.

ТЕРМІН		
Тиждень 1	Тиждень 2	Тиждень 3
Хода на двох милицях за умови: - відсутності болю; - відсутності гемартрозу; - мобільність надколінка в нормі; - скорочення квадрицепса в нормі.	Хода з однією милицею за умови: - відсутності синовіїту; - відсутності необхідності застосовувати знеболювальні препарати; - обсягу рухів (ОР) = 0-60º; - м'язового контролю над усім ОР.	Виписка на амбулаторне лікування за умови: - відсутності болю; - відсутності рідини у суглобі; ОР = 0-90º; - м'язового контролю над ОР.
ОЦІНКА		
- біль; - гемартроз; - мобільність надколінка; - обсяг рухів; - скорочення квадрицепса і м'язовий спазм; - м'якотканинна контрактура.	- біль; - рідина в суглобі; - мобільність надколінка; - обсяг рухів; - м'язовий контроль; - активне розгинання; - запальна реакція.	- біль; - рідина в суглобі; - мобільність надколінка; - обсяг рухів; - м'язовий контроль; - повне розгинання; - запальна реакція; - хода.
ЗАВДАННЯ		
-відновлення обсягу рухів (ОР) = 0-40^0; - адекватний контроль над скороченням квадрицепса; -контроль реактивного запалення і наявності рідини в суглобі; -0-10 % від повного навантаження на суглоб.	-відновлення ОР = 0-70^0; - м'язовий контроль; - профілактика спайкового процесу шляхом контролю над синовіїтом; - 0-25 % від повного навантаження на суглоб.	-ОР = 0-90^0; - підтримка ОР і м'язового тонусу; - профілактика спайкового процесу шляхом контролю над синовіїтом; - 50- 100% навантаження на суглоб; - рання діагностика ускладнень (контрактур, нестійкості тощо)
ЛІКУВАННЯ		
- знеболювання; - усунення гемартрозу; - мобілізація надколінка; - рухові вправи; - вправи на згинання; - навчання ходи;	- знеболювання; - лікування синовіїту; - мобілізація надколінка; - рухи обсягом 0-70^0; - вправи на згинання;	- знеболювання; - лікування синовіїту; - рухові вправи; - вправи на згинання;
- фіксація суглоба; -електростимуляція м'язів; - магнітотерапія; - нестероїдні протизапальні та десенсебілізуючі препарати	- інтенсивні скорочення квадрицепса і мініприсідання; - навчання ходи; - фіксація суглоба; - магнітотерапія; - нестероїдні протизапальні та десенсебілізуючі препарати.	- інтенсивні скорочення квадрицепса і мініприсідання; - фіксація суглоба; - робота на велоергометрі; - корекція ходи; - фонофорез із гідрокортизоном; - масаж м'язів кінцівки.

Під кінець 3 тижня амплітуда рухів менша за 90º була у 39 (9,3%) хворих. Пацієнтам рекомендовано продовжити ЛФК, масаж, міостимуляцію, фізіотерапевтичні процедури (магнітотерапію, лазеротерапію, ампліпульс, ультразвук та ін.).

У 2–х пацієнтів після оперативного лікування виявилось неефективним (мобілізація надколінка менше 1 см, обсяг рухів 0 – 40 ^{0}). Пацієнтам через 4 тижні під

внутрішньовенним знеболювання з міорелаксантами виконана ручна редресація суглоба до отримання згинання 130^0. Після редресації - знеболювання, фіксація гіпсовою шиною на 2 доби з наступним фізіофункціональним лікуванням.

Висновки

Таким чином, на основі уявлень про суглобову патологію та особливостей операційних втручань розроблена програма реабілітаційних заходів, направлених на ліквідацію післяопераційних змін і відновлення функції суглоба.

Програма передбачає врахування особливостей втручання, часові параметри, особливості перебігу травматичного процессу, ефективність реабілітаційних заходів та інші фактори.

Пропонована програма є ефективною і приводить до раннього відновлення функції оперованого суглоба.

Література

1. Ахматова Э. К. К методике послеоперационного ведения больных после операций на мягкотканных элементах коленного сустава // Комплексная реабилитация больных с повреждениями и заболеваниями коленного сустава. - Алма-Ата: Изд-во мед. ин-та, 1985. - Вып. 5. - С. 14 - 16.

2. Жуков П. П., Булатова О. Н., Юрьев П. В. Реабилитация больных с повреждениями связок коленного сустава // Восстановительная хирургия и медицинская реабилитация при травмах и ортопедических заболеваниях. - Л., 1977. – С. 75 - 79.

3. Клименко Г. С. Диагностика и оперативное лечение свежих разрывов капсульно – связочного аппарата коленного сустава: Автореф. дисс…д-ра мед. наук. – М., 1992. – 18 с.

4. Колмогорцев И. Е. Медицинская реабилитация больных с посттравматической нестабильностью коленного сустава: Автореф. дис… д-ра мед. наук. – СПб., 2003. – 46 с.

5. Цыкунов М. Б., Косов И. С. Изометрическая тренировка четырехглавой мышцы при повреждениях капсульно – связочных структур коленного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова. - 1997.- № 4. - С. 45 - 50.

6. Beynnon B., Johnson R., Fleming B. The science of anterior cruciate ligament rehabilitation // Clin.Orthop.- 2002. - Vol. 402.- P. 9 - 20.

7. Rudolph K., Axe M., Buchanan T. Dynamic stability in the anterior cruciate ligament deficient knee // Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. - 2001.- Vol. 9. - P. 62 - 71.

УДК 616.718.4. – 007.5

В. М. Шимон, І. І. Блинда, В. Л. Фенцик

НОВА КОНЦЕПЦІЯ ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЙ КОЛІННОГО СУГЛОБА У СПОРТСМЕНІВ

Ужгородський національний університет

Реферат. В. М. Шимон, И. И. Блында, В. Л.Фенцик. **НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДИСПЛАЗИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У СПОРТСМЕНОВ.** Наши подходы к лечению врождённых склонностей к заболеваниям суставов, в основе которых положены представления про аномальное строение, позволило объединить большую группу заболеваний и повреждений, и сложить единую лечебно-диагностическую тактику. Предоставленная работа основана на исследованиях в области коленного сустава у спортсменов. В работе использована методология системного подхода клинического исследования 145 больных с разными видами травмы и диспластическими

© В. М. Шимон, І. І. Блинда, В. Л. Фенцик

М. И. Хворостенко, И. Н. Кихтенко
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ…….. 179

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ВНУТРІШНЬО- Й НАВКОЛО СУГЛОБНИХ ПОШКОДЖЕНЬ. АРТРОСКОПІЯ

В. Н. Левенец, М. М. Риган, Л. Е. Осадчая
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПОДОШВЕННОГО ФАСЦИТА…… 182

Р. О. Сергієчко
ДІАГНОСТИКА ЗАДНЬОГО ВИВИХУ ПЛЕЧА…….187

В. Г. Климовицкий, Ю. Г. Ютове
А. А. Антонов, М. А. Власенко
Н. Н. Шпаченко, В. А. Белошенко
В. Д. Дорошев, А. С. Карначев
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВОЙ КОНТАКТНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ…….193

А. Й. Чемирис
ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ГОСТРИХ УРАЖЕНЬ СУМКОВО – ЗВЯ'ЗКОВОГО АПАРАТУ КОЛІННОГО СУГЛОБУ…….200

В. М. Шимон, І. І. Блинда, В. Л. Фенцик
НОВА КОНЦЕПЦІЯ ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ДИСПЛАЗІЙ КОЛІННОГО СУГЛОБА У СПОРТСМЕНІВ……..203

В. В. Гайович, О. Г. Гайко
ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ МАЛОГОМІЛКОВОГО НЕРВА…… 207

Г. И. Герцен, Г. Г. Белоножкин
Р. Н. Остапчук, С. В. Магеровский
С. Н. Петрик
ПОВРЕЖДЕНИЯ СУСТАВНОГО ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА И АРТРОСКОПИЯ……. 210

M.I. Khvorostenko, I.N.Kikhtenko
RECOVERING OF THE LARGE JOINTS FUNCTION IN ONTOLOGICAL PATIENTS AFTER RADIOTHERAPY
…….179

LESS INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF INTRA- AND PERI-ARTICULAR DAMAGES. ARTHROSCOPY

V. N. Levenets, M. M. Rigan, L. Ye. Osadchya
EXTRACORPORAL SHOCK-WAVED THERAPY OF PLANTAR FASCITIS
…….. 182

R. O. Sergiienko
DIAGNOSTIC OF THE LOCKED POSTE-RIOR LUXATION OF THE SHOULDER. 187

V. G. Klymovytskyy, Y. G. Yutovets
A. A. Antonov, M. A. Vlasenko
N. N. Shpachenko, V. A. Beloshenko
V. D. Doroshev, A. S. Karnachev
OBJECTIVIZATION OF MEDICAL TREATMENTS RESULTS OF THE SUPPORT-IMPELEMENT DEVICE'S DISEASES USING DIGITAL CONTACT THERMOMETRY.
……193

A. I. Chemiris
PROGRAM OF REHABILITATION AFTER THE RECONSTRUCTIONS OF SHARP DAMAGES OF BURSAL -LIGAMENTOUS APPARATUS OF THE KNEE JOINT…..200

V. M. Shimon, I. I. Blinda, V. L.Fentsik
NEW CONCEPTION IN WAY OF TREATMENT OF KNEE DISPLASIA IN SPORTSMEN……203

V. Gaiovych, O. G. Gayko
TREATMENT TACTICS OF FIBULAR NERVE INJURY……207

G. I. Gertsen, G. G. Belonogkin
R. N. Ostapchuk, S. V. Magerovsky
S. N. Petryk
KNEE JOINT INJURY OF ARTICULAR CARTILAGE AND ARTHROSCOPY.
……..210