

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ОБЕМА НА ДВИЖЕНИЕ СЛЕД ФРАКТУРИ В ЛАКЪТНА СТАВА ЛЕКУВАНИ ОПЕРАТИВНО

Петя Парашкевова

Русенски университет „Ангел Кънчев”

RESTORING THE RANGE OF MOTION AFTER ELBOW FRACTURES SURGICALLY TREATED

Petia Parashkevova

Ruse University “Angel Kanchev”

ABSTRACT

Fractures in the elbow are one of the most difficult treated injuries of the upper limb in physical therapy. Permanent contractures of the elbow are serious medical and social problem because they lead to a significant negative change in employment, residential and recreational status of patients. Compensatory mechanisms of the deficit in the mobility of the elbow complex are limited and do not lead to functional improvement of the affected limb.

For the purposes of this study were tested 17 patients with fractures of the elbow joint. All patients were treated surgically with subsequent immobilization medium for approximately 10 days. Research and our own physical therapy program applied the maximum in-protective and protective moderate recovery phase.

In conclusion we can say that the early application of physical therapy of fractures in the elbow joint, promotes more rapid recovery of function of the injured limb and the patient's return to normal life.

Key words: fractures of the elbow; physical therapy

ВЪВЕДЕНИЕ

Лакътната става е комплексно междинно двигателно звено на горния крайник, свързвайки трите му дълги кости- os humeri, os radii и os ulnae (Morrey, 1985)

Фрактурите в областта на лакътя са едни от най- трудните за лечение и кинезитерапия травми на горния крайник. Съществуват редица противоречия във връзка с най- точният метод на лечение и модел на възстановяване, защото за разлика от рамото, в лакътната става дори и най- малките несъответствия в ставните повърхнини водят до загуба на движения, а продължителната имобилизация неизбежно води до контрактури на ставата.

Етиологията на следтравматичните контрактури на лакътната става се свързва основно с безрезултатното консервативно лечение на вътреставните фрактури (Банков, 1971)

Трайните контрактури на лакътната става представляват сериозен медико- социален проблем, тъй като водят до значителна негативна промяна в трудовият, битовия и рекреативен статус на пациентите.(Попов, Димитрова, 2007).

Компенсаторните механизми на дефицита в подвижността на лакътният комплекс са ограничени и не водят до подобряване на функционалните възможности на засегнатият крайник.(Калчев, 1985).

ИЗЛОЖЕНИЕ

За целите на това проучването са изследвани 17 пациенти с фрактури на лакътната става. Всички пациенти са лекувани оперативно, с последваща имобилизация средно за около 10 дни. Изследването и собствената ни кинезитерапевтична програма приложихме в максимално- протективната и умерено- протективната фаза на възстановяване.

Методика на кинезитерапията

Целта на приложената от нас Кинезитерапия бе да се възстановят в максимална степен активната и аксесорна подвижност на лакътя.

Основните задачи, които си поставихме за реализиране на целта са:

1. Преодоляване на остатъчния мускулен гард и недопускане на прояви на мускулен спазъм
2. Възстановяване на нормалната артрокинематика на лакътния комплекс
3. Преодоляване на мекотъканните контрактури и увеличаване на обема на движение на лакътната става
4. Възстановяване на мускулната функция

Кинезитерапевтична програма:

I - ва седмица

В лакътната става е налице оток, болка и мускулен гард, които са основните фактори за нарушената ставна подвижност и мускулна сила.

За преодоляване на следтравматичния оток и болка, както и за подобряване на ставната трофика прилагаме лечение с положение- елевация на крайника; криотерапия- 2-3 пъти дневно намазване с ледено блокче за около 3-5 минути. За подобряване подвижността на ставата и нейната трофика прилагаме внимателни контролирани пасивни движения по физиологичните оси на движение в ставата в безболезнен обем. След 3-4 процедура включихме внимателна ставна игра и тракция по оста на предмишницата. Постепенно прибавихме активни- асистирани упражнения и мускулно- инхибиторни техники (ПИР по Liwitt). За поддържане на нормалната функция на раменна и гривнена стави прилагаме активни упражнения в пълен обем и срещу съпротивление.

II – III седмица

През този период отокът и мускулният гард са значително редуцирани и обемът на движение е възстановен, но не е в нормални граници. Основният фактор, ограничаващ пълното възстановяване на ставната подвижност са формираните по време на имобилизацията контрактури и сраствания.

За възстановяване на нормалната артрокинематика и преодоляване на мекотъканните контрактури прилагаме: мобилизационен стречинг, мускулно – инхибиторни техники(постулеснителен стречинг по Janda; реципрочна инхибиция; мултиангуларна ритмична стабилизация за лакътна и раменна стави; мобилизации по Mulligan; постепенно преминаване от активно асистирани към активни упражнения.

Към края на втората и началото на третата седмица добавихме и пасивни осцилации в края на възможния обем.

IV – V седмица

През този период включваме изотонични упражнения срещу мануално съпротивление в отворена кинетична верига за всички основни движения в лакътния комплекс. Постепенно преминаваме към упражнение срещу съпротивление оказвано от уреди или с малки тежести (0.5 – 1 kg); упражнения срещу съпротивление по комбинирани оси на движение; упражнения от вис и опора(в началото използваме облекчени варианти на гимнастическа стена за трениране на горните крайници в затворена кинетична верига.

Анализ на резултатите

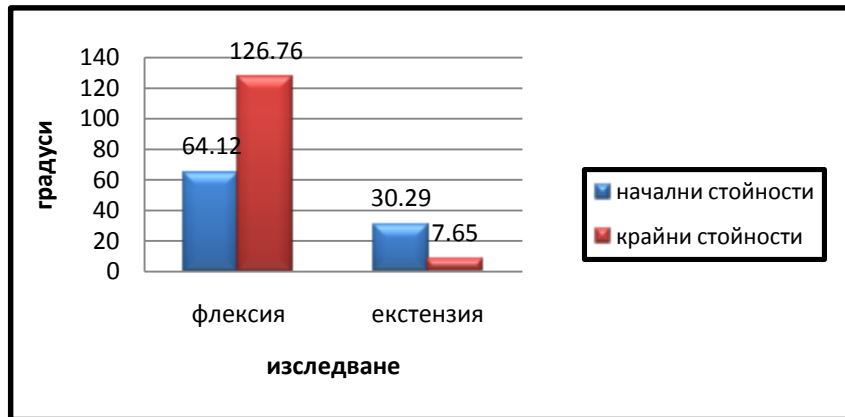
Ефекта от приложената Кинезитерапия проследихме чрез:

- ъглометрия по SFTR методиката:
 - ✓ флексия- екстензия,
 - ✓ пронация- супинация

Резултатите от изследване на обема на движение в началото и края на провежданото кинезитерапевтично лечение е представен на таблица 1 и диаграма 1.

показател	X ₁	X ₂	S ₁	S ₂	n	t	Pt
флексия	64,12	126,76	12,53	6,96	17	11,03	99 %
екстензия	30,29	7,65	11,14	4,18	17	7,10	99%
пронация	37,94	87,94	19,5	1,39	17	9,86	99%
супинация	36,76	87,94	16,71	2,78	17	10,82	99%

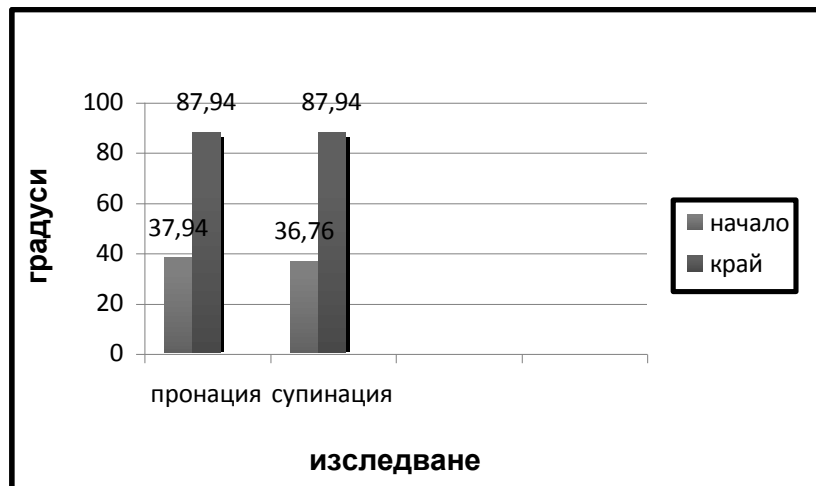
Таблица 1. Резултати от ъглометрия на лакътна става



Диаграма 1. Резултати от ъглометрията на движенията в сагиталната равнина

Резултатите показват съществена разлика между началните и крайните стойности. По отношение на екстензията в началото отчитаме дефицит от 30,29 °, а в края на той е намалял до 7,65°. В началото флексията е била средно 64,12, а след проведената целенасочена кинезитерапия се е увеличила до 126,76°, или средно с 62,64°.

Съществен прираст на средните стойности се наблюдава и по отношение на пронацията и супинацията. Пронацията се е увеличила средно с 50°, като в началото е била 37,94°, а в края достига 87,94°. Супинацията от 36,76° в началото се е увеличила до 87,94°, или средно с около 51,18° (диаграма 2)



Диаграма 2. Резултати от ъглометрия на движенията в трансверзалната равнина

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благоприятният ефект на разработената от нас кинезитерапевтична програма за възстановяване на пациенти с фрактури в лакътната става, лекувани оперативно се доказва от динамиката на получените резултати.

В заключение можем да кажем, че ранното прилагане на кинезитерапията при фрактурите в областта на лакътната става, спомага за по-бързото възстановяване на функцията на увредения крайник и връщане на пациента към нормално ежедневие.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Банков С.**, Индекс за комплексна оценка на обема на движение в лакътна става при контрактури, *Курортология и физиотерапия* 4/ 1971
2. **Калчев И.**, Кинезиологични особености при възстановяване на флексорите на лакътна става. *IV национален конгрес по ортопедия и травматология с международно участие. Етрополе, 1984*
3. **Попов Н., Е. Димитрова.** Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник, *София, 2007*
4. **Morrey BF.** The elbow and its disorders. *WS Saunders, Philadelphia, 1985*

За контакти:

глас. Петя Парашкевова, Катедра “Кинезитерапия”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, Тел.: 082 82-19-93, E-mail: petia75@gbg.bg