

ДУ “Інститут травматології та ортопедії АМН України”
Клініка мікрохірургії і реконструктивної хірургії верхньої кінцівки

Реабілітація після хірургічного
лікування наслідків травм ліктьового
суглоба

Курінний І.М. , Страфун О.С.

Актуальність

Внутрішньо-суглобові переломи ліктьового суглоба складають 4,3% всіх переломів.

Ці переломи є найбільш складними для лікування, часто ускладнюються незрощеннями, **контрактурами** та анкілозами ліктьового суглоба, компресійними нейропатіями ліктьового нерва, гетеротопічними осифікатами.

Контрактури це найбільш поширене ускладнення, але найчастіше спостерігається обмеження розгинання ліктя.

Міфи про ліктьовий суглоб

1. Після виконання стабільного МОС (LCP) необхідно активно розробляти ліктьовий суглоб;
2. Чим більше розробляємо тим краще;
3. Іммобілізація ліктьового суглоба у п/о періоді в положенні згинання протягом 6-12 тижнів;
4. Часте виникнення гетеротопічних осифікатів;
5. Ліктьовий суглоб дуже складний при лікуванні якого важко отримати хорошу функцію.

Основна мета реабілітації

- отримати максимальний обсяг рухів;
- зберегти стабільність суглобу;
- забезпечити безболісні рухи.

Шляхи досягнення мети:

1. Раннє навантаження та рухи у ліктьовому суглобі;
2. Безболісна реабілітація.
3. Забезпечення стабільності.
4. Підтримання максимального обсягу рухів.
5. Комфортна та проста програма для пацієнта, яку він може виконувати вдома навіть без допомоги оточуючих.
6. Забезпечення психологічного комфорту для пацієнта під час лікування.
7. Контакт з пацієнтом та контроль основних етапів реабілітації.

Реабілітація починається з операції

- стабільна фіксація фрагментів;
- відновлення стабільності ліктьового суглоба;
- анатомічність та малотравматичність виконання втручання;
- якісний гемостаз та дренування.

Помилки реабілітації

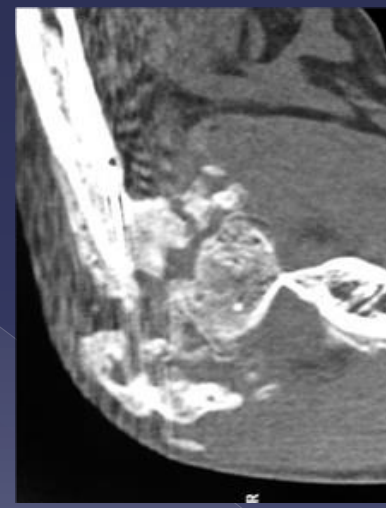
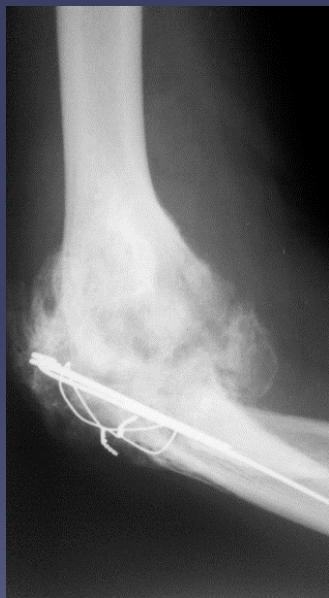
1. Занадто рання та активна розробка рухів у ліктьовому суглобі або навпаки тривала іммобілізація та пізній початок розробки рухів;
2. Невідповідність навантажень ступеню стабільності фіксації та стадії репаративної регенерації
3. Неврахування динаміки консоїдації та порушення стабільності суглоба.
4. Втрата довіри пацієнта та відсутність контролю реабілітації.

Чого слід уникати при реабілітації або ознаки майбутніх проблем

- 1. Біль під час та після розробки.**
- 2. набряк суглоба є свідченням перевантаження.**
- 3. Негативна динаміка рухів у суглобі.**
- 4. Втрата довіри та контакту з пацієнтом, відсутність контролю реабілітації.**

Приклад масивної гетеротопічної осифікації та анкілозу ліктьового суглоба внаслідок лікування перелому ліктьового відростку.

Закритий перелом ліктьового відростка. В ЦРЛ - МОС ліктьового відростку та видалення голівки променевої кістки, через 2 тижня – реостеосинтез ліктьового відростку. Активна розробка рухів незважаючи на біль та набряк, поступове прогресування обмеження рухів до повного знерухомлення.



Причини ускладнень:

- нестабільний остеосинтез;
- занадто активна реабілітація ;

Незважаючи на гіперосифікацію зрощення ліктьового відростка не відбулось

Виконано: видалення гетеротопічних осифікатів, мобілізація лівого ліктьового суглобу з елементами артропластики, реконструкція, кістковою пластикою та остеосинтез ліктьового виростка.



Клінічний матеріал

Проаналізовано хірургічне лікування 527 хворих (733 операції) з переломами кісток ліктьового суглобу та їх наслідками.

Середній вік хворих складав $36,8 \pm 15,3$ років.

Чоловіків було 327, жінок – 197.

Механізм травм:

	n	%
падіння у побуті	371	70,4
дорожньо-транспортні пригоди	78	14,6
травма виробничими механізмами	49	9,3
вогнепальні поранення	29	5,5

Оцінка результатів за Mayo Elbow Performance Score (MEPS)

Основні принципи післяопераційної реабілітації

- базова іммобілізація в положенні розгинання;
- дозоване навантаження – 1-2 циклу згинання-розгинання;
- повільне та безболісне виконання рухів;
- шина у розгинанні на ніч та косинка у згинанні на день або 2 шини у розгинанні та згинанні.

Періоди реабілітації ліктьового суглобу

Періоди	Тривалість	Зміст
1. Ранній післяопераційний	2-3 тижня	1 цикл рухів на добу – гіпсова шина (ГШ) у положенні розгинання на ніч, на день у згинанні на косинці або в гіпсовій шині, L-лізіна-єсцинат.
2. Моделювання	до 6 тижнів	1-2 циклу рухів на добу – зі зміною положення ліктя в гіпсових шинах, препарати Ca++.
3. Консолідації	2-4 міс	2-3 циклу рухів на добу (гіпс на ніч в розгинанні, вдень косинка - згинання), масаж, не теплові фізметоди.
4. Перебудови та адаптації	до 1 року	розробка рухів, масаж, фізметоди, активне застосування кінцівки в повсякденній діяльності

Групи пацієнтів з відмінностями обсягу рухових навантажень, інтенсивності та характеру реабілітації.

- 1. Мобілізація ліктьового суглобу із збереженням зв'язок.**
- 2. Мобілізація ліктьового суглобу із відновленням зв'язок.**
- 3. Переломи ДМЕ плеча, ліктьового відростка та голівки променевої кістки.**
- 4. Поєднання кістково-пластичних втручань та часткової мобілізації.**
- 5. Вивихи ліктьового суглоба.**
- 6. Переломо-вивихи (нещаслива триада).**

Відмінності реабілітації у зазначених групах хворих

1. Ступінь (кут) розгинання ліктьового суглоба.
2. Тривалість 1 – 3 періодів.
3. Застосування однієї або двох шин у 1 та 2 періодах.

1-й етап: Заміщення дефекту шкіри мікросудинним трансплантатом



Рання реабілітація після
Мобілізації ліктьового суглоба



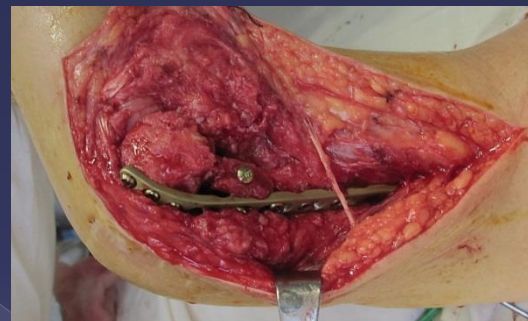
Дозована розробка рухів у 1-2 тижня після остеосинтезу



1 цикл рухів за добу

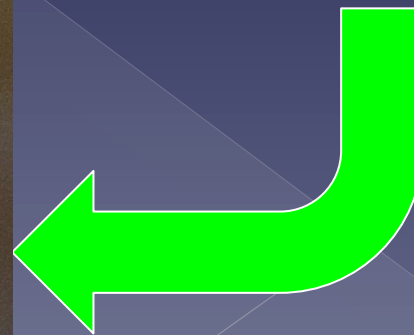
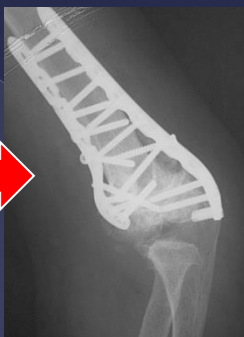


Реконструкція та МОС (LCP system) дистального відділу плеча з кістковою аутопластиккою



Рухи у ліктьовому суглобі після операції – 0 –35 –90°

Реабілітація після операції



Рання дозована розробка рухів ліктявого суглоба через 1-2 тижня після мобілізуючої операції та заміщення дефекту шкіри



2-3 циклу рухів за добу

