

УДК 616.717.51-001.5-089.168:615.825

КУРІННИЙ І.М., СТРАФУН О.С.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛОВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Резюме. Переломи ділянки ліктьового суглоба становлять близько 4,3 % від загальної кількості переломів. Ліктьовий суглоб схильний до розвитку контрактур після травм, і переломи його кісток часто можуть призводити до істотних функціональних порушень. У роботі подані розроблені рекомендації з реабілітації пацієнтів після реконструктивних оперативних втручань на головці променевої кістки.

Проаналізовано віддалені результати лікування пацієнтів після реконструктивних оперативних втручань із приводу перелому проксимальних відділів променевої кістки. Загальна кількість спостережень — 46: 18 чоловіків та 28 жінок. Вік хворих коливався від 7 до 62 років та в середньому становив $30,03 \pm 12,66$ року. Права кінцівка страждала в 29 випадках, ліва — в 17.

Реабілітація хворих після хірургічного лікування переломів головки променевої кістки має важливе значення, її характер та інтенсивність залежать від типу хірургічного втручання та часу, що минув після операції. Важливими віхами в досягненні повного об'єму рухів у ліктьовому суглобі ми вважаємо: гіпсування хворих у післяопераційному періоді в положенні розгинання в ліктьовому суглобі; початок активної реабілітаційної програми з 1-го дня після оперативного втручання; застосування змінних іммобілізаційних шин для ліктьового суглоба в положеннях максимального згинання та розгинання ліктьового суглоба з поступовою їх заміною при досягненні більшого кута.

Розроблена нами система післяопераційної реабілітації ліктьового суглоба дозволила отримати 80 % добрих та відмінних результатів лікування у групі пацієнтів із переломами головки променевої кістки.

Ключові слова: перелом головки променевої кістки, реабілітація, контрактура ліктьового суглоба.

Актуальність

Переломи ділянки ліктьового суглоба становлять близько 4,3 % від загальної кількості переломів. Ліктьовий суглоб схильний до розвитку контрактур після травм, і переломи його кісток часто можуть призводити до істотних функціональних порушень [8]. Доволі часто тяжка травма ліктьового суглоба може супроводжуватись інвалідизацією пацієнта, але також може відбуватися й практично повне відновлення функції суглоба, і ключовим моментом у цьому питанні є рання адекватна реабілітація [9].

Реабілітація ліктьового суглоба може розпочинатись наступного дня після травми чи оперативного втручання й тривати протягом усього періоду кісткового зрощення та ремодельовання. Її метою є застосування доцільних реабілітаційних заходів та засобів у ті періоди регенераторного процесу, коли вони будуть максимально ефективні та доречні і в кінцевому наслідку призведуть до повного відновлення рухів та функції ліктьового суглоба [8].

У літературних джерелах немає однотайності з приводу оптимального реабілітаційного протоколу для попередження розвитку післятравматичних контрактур у ліктьовому суглобі [8]. Тому розробка рекомендацій із ре-

абілітації пацієнтів після реконструктивних оперативних втручань на головці променевої кістки стала першочерговим завданням нашої роботи.

Матеріали та методи

Нами проаналізовано віддалені результати лікування пацієнтів після реконструктивних оперативних втручань із приводу перелому проксимальних відділів променевої кістки. Загальна кількість спостережень — 46: 18 чоловіків та 28 жінок. Вік хворих коливався від 7 до 62 років та в середньому становив $30,03 \pm 12,66$ року. Права кінцівка страждала у 29 випадках, ліва — в 17.

Час надходження після травми має важливе значення, оскільки впливає на спосіб хірургічного лікування та кінцевий результат. Пацієнти надходили до нашого відділу в різні строки після травми — від 3–4 днів до 6 міс. При зверненні у терміни понад 2 місяці після травми у всіх пацієнтів відмічалися згинально-розгинальні та прона-

© Курінний І.М., Страфун О.С., 2014

© «Травма», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

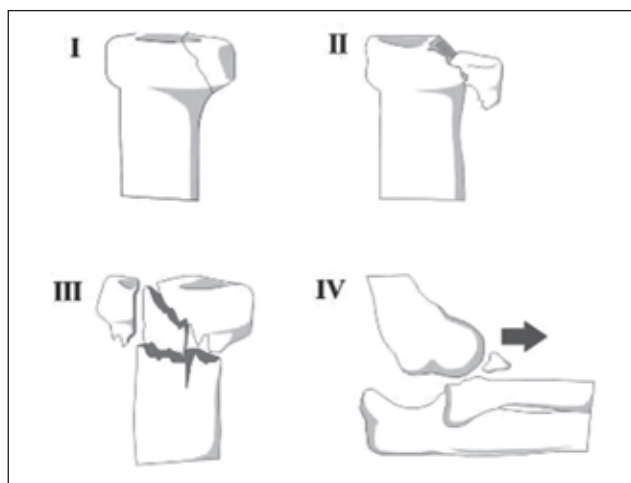


Рисунок 1

ційно-супінаційні контрактури в ліктьовому суглобі, що значно ускладнювало подальше відновно-реконструктивне лікування.

Не менш важливим аспектом, що впливає на тактику хірургічного лікування й результат, є тяжкість ушкодження. Користувались класифікацією Mason — Johnston, за якою переломи головки променевої кістки поділяються на 4 групи (табл. 1, рис. 1).

Показаннями до оперативного лікування були переломи 2–4-го типу за класифікацією Mason — Johnston. При переломах 2-го типу із зміщенням уламків понад 2 мм виконували остеосинтез фрагментів міні-гвинтами після ретельної репозиції. При багатоуламкових переломах головки (3-й тип) для остеосинтезу застосовували реконструктивні пластини. Якщо ж перелом був із масивним руйнуванням, імпацією кісткової тканини або ж був застарілим, здійснювали видалення кісткових фрагментів та ендопротезування головки променевої кістки. Особливу складність у лікуванні становили переломи 4-го типу, що в закордонній літературі називають «нешасливою тріадою ліктьового суглоба» [12], коли перелом головки променевої кістки супроводжувався вивихом передпліччя та переломом вінцевого виростка ліктьової кістки. Такі ушкодження призводять до порушення стабілізації ліктьового суглоба, і навіть при усуненні вивиху кісток передпліччя є небезпека рецидиву вивиху. Тому металоостеосинтез головки променевої кістки обов'язково доповнювали остеосинтезом вінцевого виростка ліктьової кістки та відновленням зв'язкового апарату ліктьового суглоба. При такому варіанті лікування немає необхідності в черезсуглобовому проведенні спиць, а реабілітація починається з першої доби після операції.

При застарілих переломах (як правило, раніше не оперованих) відламани фрагменти головки синтезували фактично так само, як і при свіжих випадках. З тією різницею,

Таблиця 1. Класифікація переломів Mason — Johnston 1962 року [10]

| | |
|--------------|---|
| Тип 1 | Тріщина або крайовий перелом головки без зміщення або з мінімальним зміщенням (до 2 мм) |
| Тип 2 | Крайовий перелом головки променевої кістки зі зміщенням понад 2 мм |
| Тип 3 | Багатоуламковий перелом усієї головки |
| Тип 4 | Уламковий перелом, що супроводжується вивихом передпліччя, переломом вінцевого відростка, ушкодженням зв'язок ліктьового суглоба або пошкодженням за типом Монтеджа |

що при за давній травмі необхідно ретельно готувати поверхню фрагментів для остеосинтезу, а в випадках їх неправильного зрощення фрагменти від'єднувались та фіксувались у правильному положенні.

Загалом у даній групі хворих було виконано 41 операцію з металоостеосинтезу (89 %) та 5 ендопротезувань головки променевої кістки (11 %). Додатково в 27 хворих (40 % випадків) виконували артроріз ліктьового суглоба та вилучення металевих фіксаторів.

Реабілітація пацієнтів після реконструктивних втручань на ліктьовому суглобі та безпосередньо на голові променевої кістки має важливе значення в досягненні добрих функціональних результатів.

Важливим моментом початку реабілітації є фіксація ліктьового суглоба в положенні розгинання одразу після операції. У випадках свіжої травми, а також у випадках, коли після операції досягали повного обсягу розгинання, ми фіксували верхню кінцівку в задній гіпсовій шині в положенні повного розгинання ліктьового суглоба. Якщо об'єм рухів у ліктьовому суглобі був обмежений, гіпсову шину накладали в положенні максимально можливого розгинання ліктьового суглоба. На наступний день після операції гіпсову шину знімали, повільно згинали ліктьовий суглоб і фіксували кінцівку на косиночній пов'язці в положенні згинання ліктьового суглоба 90° протягом 30–60 хв. Якщо згинання ліктьового суглоба супроводжувалося больовим синдромом, косиночну пов'язку накладали в положенні згинання, комфортному для пацієнта, і протягом 20–30 хвилин поступово згинали ліктьовий суглоб до кута 90°. У подальшому з кожним днем тривалість згинання в ліктьовому суглобі збільшували на 30–60 хв. Замість косиночної пов'язки пацієнтам у ряді випадків зручніше використовувати другу гіпсову пов'язку в положенні згинання ліктьового суглоба 90–100°. Особливо це стосується пацієнтів після остеосинтезу.

У табл. 2 подані основні реабілітаційні заходи, їх тривалість та послідовність. Реабілітаційна програма розподілена на 3 періоди, тривалість яких залежить від виду хірургічного втручання. Після остеосинтезу тривалість кожного періоду більша, це обумовлено часом консолідації переломів та наступним ремодельованням кісток та капсульно-зв'язкового апарату суглоба. Після мобілізуючих втручань періоди реабілітації скорочені та лімітовані часом ремодельовання капсульно-зв'язкового апарату.

У хворих з усунутих вивихом кісток передпліччя в тих випадках, коли є небезпека рецидиву вивиху при повному розгинанні ліктьового суглоба, гіпсову шину накладали в положенні розгинання 30–35°. Через 3–4 тижні замінювали шину на таку ж, проте з більшим розгинанням. Цю процедуру повторювали до досягнення повного розгинання. Так само змінні шини застосовували в пацієнтів з обмеженим розгинанням при наслідках травм.

Таблиця 2. Схема реабілітації хворих після реконструктивних втручань на ліктьовому суглобі

| Вид втручання | Етапи реабілітації | | |
|---|--|--|---|
| | I | II | III |
| Мобілізація | 10–14 діб | 2–5 тижнів | 1–3 міс. |
| Остеосинтез | 5–6 тижнів | 1,5–3 міс. | 3–4 міс. |
| Імобілізація ліктьового суглоба в положенні розгинання | Протягом доби — 12 годин* | На ніч | Без іммобілізації |
| Імобілізація ліктьового суглоба в положенні згинання або на косинці | Одноразово 30 хв — 12 годин* | 2–3 рази (для розгинання застосовується відповідна шина) | Багаторазово |
| Пронаційно-супінаційні рухи | Одноразовий рух протягом доби | 3–5 разів протягом доби | Багаторазово |
| Реабілітація | Спокій | Масаж | Санаторне лікування |
| Фізіопроцедури | Магнітотерапія, електростимуляція м'язів передпліччя | Фонофорез гідрокортизону, електрофорез лідази | Парафін, грязьове лікування |
| Медикаментозне лікування | НПЗП, L-лізину есцинат, солкосерил | Протизапальні гелеві та мазеві засоби, препарати кальцію | Препарати кальцію (Ca Vitrum), хондропротектори |

Примітки: * — протягом 2–3 тижнів після остеосинтезу та 1 тижня після мобілізації ліктьового суглоба термін знаходження ліктьового суглоба в згинанні змінюються від одноразового згинання протягом 30–60 хвилин у першу добу (весь інший час рука фіксована в шині в розігнутому положенні) до 12-годинного згинання ліктьового суглоба (рука в шині або на косинці) та 12-годинної фіксації в положенні розгинання.

При проведенні реабілітаційних заходів уникали різних рухів, виконували згинання-розгинання повільно і, наскільки це можливо, безболісно.

Результати та обговорення

Віддалені результати лікування проаналізовані нами у всіх пацієнтів у терміни від 7 місяців до 3,5 року після останнього етапу хірургічного лікування. Результати лікування оцінювали за системою Mayo Elbow Performance Score (MEPS), що враховує обсяг рухів у ліктьовому суглобі, вираженість больового синдрому, стабільність суглоба та виконання п'яти основних побутових навичок. Максимальна сума балів дорівнює 100, понад 90 вважається відмінним результатом, 75–89 — добрим, 60–74 — задовільним і менше 60 — незадовільним.

При оцінці відділених результатів лікування встановлено, що в представленій групі пацієнтів відмінні результати були отримані в 15 хворих (32,6 %), добрі — у 22 (47,8 %), задовільні — у 8 випадках (17,4 %) та в 1 хворого (2,2 %) було отримано незадовільний результат лікування (табл. 3).

При обговоренні хірургічного лікування переломів головки променевої кістки варто визначити кілька питань. Перш за все, чи варто виконувати остеосинтез головки

променевої кістки, чи можна обійтись більш простим втручанням — видаленням головки. Відповідь на таке питання неоднозначна.

Традиційний підхід до лікування таких пацієнтів часто включає вилучення зламані головки променевої кістки [2, 3, 7, 11]. У результаті такого лікування розвиваються контрактури та нестабільність ліктьового суглоба. Зрозуміло, що при відсутності необхідних умов зламану головку можна вилучати. Але треба розуміти, що головка променевої кістки є важливим стабілізатором ліктьового суглоба і після її вилучення обов'язково виникне бічна нестабільність ліктьового суглоба [12].

У випадках переломів головки, що супроводжуються вивихом ліктьового суглоба з різними механізмами, категорично не радимо робити таку операцію. Тому що в таких випадках є висока ймовірність рецидиву вивиху кісток передпліччя з переходом у хронічний стан. Подальше лікування таких пацієнтів у край тяжке і крім протезування головки передбачає кілька складних реконструктивних втручань, тривалу реабілітацію із сумнівним результатом, незважаючи на всі зусилля. Тому в таких складних випадках після первинного обстеження, уточнення діагнозу та накладання іммобілізації варто направити пацієнта в спеціалізований центр.

Таблиця 3. Результати лікування хворих із переломами головки променевої кістки

| Операція | Результати лікування за MEPS | | | | |
|------------------|------------------------------|-------|------------|--------------|--------|
| | Відмінні | Добрі | Задовільні | Незадовільні | Усього |
| МОС | 13 | 19 | 8 | 1 | 41 |
| Ендопротезування | 2 | 3 | | | 5 |
| Усього | 15 | 22 | 8 | 1 | 46 |

Після того як пацієнт потрапив до спеціалізованого центру, де йому було виконано адекватне оперативне втручання, розпочинається доволі тривалий процес його післяопераційної реабілітації, що може тривати протягом 5–7 місяців і є чи не найважливішою ланкою в досягненні повного об'єму рухів у ліктьовому суглобі. Якщо проведення вищезначеної реабілітації неможливе, лікування краще не розпочинати.

Багато авторів звертають увагу на надзвичайну ефективність змінних іммобілізаційних (гіпсових) шин у розробці рухів у ліктьовому суглобі в тих випадках, коли виникає потреба захистити відновлені анатомічні структури та полегшити загоєння ран [14]. Це має першорядне значення в ранньому післяопераційному періоді та на ранніх етапах реабілітації. Зазвичай ці шини використовуються в період між 2 та 8 тижнями після операції залежно від стабільності перелому й тяжкості травми [14].

У цілому стосовно тривалості іммобілізації прооперованої верхньої кінцівки перед початком активних реабілітаційних заходів більшість авторів притримуються активної тактики. Розробку рухів починають або з першого післяопераційного дня [8], або з 7–8-го дня після оперативного втручання [6, 13]. Проте в жодній публікації ми не знайшли рекомендації про гіпсування післяопераційних хворих у положенні розгинання в ліктьовому суглобі, зазвичай рекомендують іммобілізувати руку в положенні 90° і в рідких випадках — у невеликому розгинанні до 110° [13]. Хоча в нашій практиці методика ранньої розробки рухів у післяопераційному періоді саме з положення розгинання зарекомендувала себе як вкрай ефективна.

Також звертають на себе увагу постійні дебати в літературних джерелах про терміни початку зміцнюючих реабілітаційних вправ після перелому кісток ліктьового суглоба. Закачування мускулатури, як правило, потрібно уникати, якщо це може розхитати зону консолідації перелому. Прогресивні вправи із закачування м'язів усєї верхньої кінцівки можуть бути ініційовані після зняття гіпсової пов'язки при простих неускладнених переломах. Розпочинати можна зі зміцнюючих вправ для м'язів верхньої кінцівки, з подальшим додаванням ізометричних навантажень на м'язи ліктьового суглоба та передпліччя в міру зменшення болювого синдрому. При складних переломах закачування м'язів можна розпочинати лише після 8–12-го тижня після оперативного втручання [4].

Для запобігання розвитку контрактур також необхідно виконувати розтягуючі вправи із прикладанням стійких продовжених у часі зусиль, щоб отримати подовження м'яких тканин. Ні в якому разі не можна застосовувати агресивну силову розробку рухів у ліктьовому суглобі, оскільки це може призвести до пошкодження тканин та спричинити розвиток запального процесу [14].

Проте, незважаючи на усі наші реабілітаційні заходи та ранню розробку рухів у ліктьовому суглобі, у деяких пацієнтів відмічається розвиток стійких згинально-розгинальних контрактур. Пов'язано це з внутрішньосуглобовим розташуванням головки променевої кістки, тому будь-які похибки остеосинтезу або реабілітації супроводжуються обмеженням рухів різного ступеня, що може потребувати в подальшому оперативної корекції, а саме

мобілізації ліктьового суглоба. Це великий розділ хірургії ліктьового суглоба, але в контексті лікування переломів головки променевої кістки можна зауважити, що мобілізацію, як правило, варто виконувати із латерального доступу та мобілізувати передній, задній відділи ліктьового суглоба.

Альтернативою операції може бути методика лікування контрактур ліктьового суглоба, запропонована Р. Bonutti та співавторами [5], які проводили лікування хворих, які не відновили повний об'єм рухів у ліктьовому суглобі, шляхом застосування методики статичного прогресивного розтягування. Для цього використовували спеціальні ортези (механізовані шини), що здійснювали прогресивний статичний тиск на суміжні щодо ліктьового суглоба ділянки. У результаті в пацієнтів, які лікувались за даною методикою, об'єм рухів у ліктьовому суглобі зріс у середньому на 17° при розгинанні та на 14° при згинанні [5]. Причому на контрольному огляді через 1 рік після припинення лікування не було відмічено зменшення об'єму рухів, а це може свідчити про те, що пластична деформація та подовження м'яких тканин збереглися протягом тривалого часу [14].

Що стосується протезування головки променевої кістки, то виконання цього втручання нескладне, потребує наявності набору протезів, виконання правильного доступу та адекватної постановки протеза. Реабілітація після такої операції стандартна й може проводитись у загальних умовах [1]. Тому ми вважаємо ендопротезування операцією вибору при тяжких багатоуламкових переломах головки променевої кістки (3-й тип за Mason — Johnston), коли виконати адекватний металоостеосинтез головки технічно вкрай тяжко і від хірурга вимагається величезний досвід та філігранне володіння технікою остеосинтезу малих кісток.

Висновки

Реабілітація хворих після хірургічного лікування переломів головки променевої кістки має важливе значення, її характер та інтенсивність залежить від типу хірургічного втручання та часу, що минув після операції. Важливими віхами в досягненні повного об'єму рухів у ліктьовому суглобі ми вважаємо:

- 1) гіпсування хворих у післяопераційному періоді в положенні розгинання в ліктьовому суглобі;
- 2) початок активної реабілітаційної програми з 1-го дня після оперативного втручання;
- 3) застосування змінних іммобілізаційних шин для ліктьового суглоба в положеннях максимального згинання та розгинання ліктьового суглоба з поступовою їх заміною при досягненні більшого кута.

Розроблена нами система післяопераційної реабілітації ліктьового суглоба дозволила отримати 80 % добрих та відмінних результатів лікування в групі пацієнтів із переломами головки променевої кістки.

Список літератури

1. Жабин Г.И., Федюнина С.Ю., Амбросенков А.В., Бояров А.А. Замещение головки лучевой кости биполярным эндопротезом // *Травматология и ортопедия России*. — 2011. — № 1(59). — С. 42-46.

2. Склярєнко Є.Т. Травматологія та ортопедія. — К.: Здоров'я, 2005. — 382 с.
3. Шаповалов В.М., Грицанова А.И., Ерохова А.Н. Травматология и ортопедия. — СПб.: Фолиант, 2004. — 543 с.
4. Badia A, Stennett C. Sports-related injuries of the elbow // *J. Hand Ther.* — 2006. — № 19(2). — P. 206-26.
5. Bonutti P.M., Windau J.E., Ables B.A., Miller B.G. Static progressive stretch to reestablish elbow range of motion // *Clin. Orthop. Relat Res.* — 1994. — № 303. — P. 128-134.
6. Ikeda M., Sugiyama K., Kang C., Takagaki T., Oka Y. Comminuted Fractures of the Radial Head. Comparison of Resection and Internal Fixation // *J. Bone Joint Surg. Am.* — 2005. — № 87. — P. 76-84.
7. Janssen R.P.A., Vegter J. Resection of the radial head after Mason type-3 fractures of the elbow. Follow-up at 16 to 30 years // *J. Bone Joint Surg.* — 1998. — № 80-B. — P. 231-233.
8. MacDermid J.C., Vincent J.I., Kieffer L., Kieffer A., Demaiter J., MacIntosh S. A Survey of Practice Patterns for Rehabilitation Post Elbow Fracture // *The Open Orthopaedics Journal.* — 2012. — Vol. 6. — P. 429-439.
9. Nance J., Lazaro R., Umphred D. The effect of early physical therapy intervention following elbow fracture on a postmenopausal female with multiple medical problems // *J. Phys. Ther. Sci.* — 2004. — 16(2). — 159-64.
10. Pires R., Rezende F.L., Mendes E.C., Carvalho A., Almeida I.A., Reis F.B., Andrade M. Radial Head Fractures: Mason Johnston's Classification Reproducibility // *Malaysian Orthopaedic Journal.* — 2011. — Vol 5, № 2. — P. 6-10.
11. Soeur R. Fractures of the limbs. The relationship between mechanism and treatment. — Bruxelles: La Clinique Orthopedique, 1981. — P. 465-478.
12. Stanley D., Trail I. Operative elbow surgery. — Elsevier, 2012. — 791 p.
13. Wilk K.E., Reinold M.M., Andrews J.R. Rehabilitation of the thrower's elbow // *Clin. Sports Med.* — 2004. — № 23. — P. 765-801.
14. Wolff A. Elbow fractures and dislocations // Cioppa-Mosca J., Cahill J.B., Tucker C.Y., Eds. Postsurgical rehabilitation guidelines for the orthopedic clinician. — St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier, 2006.

Отримано 25.02.14 □

Куринной И.Н., Страфун А.С.
 ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины»,
 г. Киев

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Резюме. Переломы области локтевого сустава составляют около 4,3 % от общего количества переломов. Локтевой сустав склонен к развитию контрактур после травмы, и переломы его костей часто могут приводить к существенным функциональным нарушениям. В работе представлены разработанные рекомендации по реабилитации пациентов после перенесенных оперативных вмешательств на головке лучевой кости.

Проанализированы отдаленные результаты лечения пациентов после реконструктивных оперативных вмешательств по поводу перелома проксимальных отделов лучевой кости. Общее количество наблюдений — 46: 18 мужчин и 28 женщин. Возраст больных колебался от 7 до 62 лет и в среднем составлял $30,03 \pm 12,66$ года. Правая конечность была поражена в 29 случаях, левая — в 17.

Реабилитация больных после хирургического лечения переломов головки лучевой кости имеет огромное значение в достижении положительных результатов лечения. Ее характер и интенсивность зависят от типа оперативного вмешательства и времени, прошедшего после операции. Важными вехами в достижении полного объема движений в локтевом суставе мы считаем: гипсование больных в послеоперационном периоде в положении разгибания в локтевом суставе; начало активной реабилитационной программы с 1-го дня после оперативного вмешательства; использование сменных иммобилизирующих шин для локтевого сустава в положении максимального сгибания и разгибания локтевого сустава с постепенной их заменой при достижении большего угла.

Разработанная нами система послеоперационной реабилитации локтевого сустава позволила получить 80 % хороших и отличных результатов лечения в группе пациентов с переломами головки лучевой кости.

Ключевые слова: перелом головки лучевой кости, реабилитация, контрактура локтевого сустава.

Kuriny I.M., Strafun O.S.
 State Institution «Institute of Traumatology and Orthopedics of
 National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

PECULIARITIES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH RADIAL HEAD FRACTURES AFTER RECONSTRUCTIVE SURGERIES

Summary. The article deals with the use of modern markers of injury. About 4.3 % of all fractures are fractures of bones of the elbow region. Elbow joint is disposed to contractures development after injuries and fractures of its bones can often lead to significant functional impairment. This paper presents recommendations about rehabilitation of patients after radial head reconstructive surgeries, that were designed in our clinic.

We analyzed long-term results of treatment in patients after reconstructive surgeries for proximal radius fractures. The total number of observations was 46: 18 men and 28 women. The age of patients ranged from 7 to 62 years and in average was 30.03 ± 12.66 years. The right extremity was injured in 29 cases, the left — in 17.

Rehabilitation of patients after surgical treatment of radial head fractures is very important in achieving positive treatment outcomes. Its nature and intensity depends on the type of surgery and the time elapsed after surgery. Important milestones in achieving of full range of motion in the elbow, we believe are: plastering of patient in the position of maximal extension at the elbow postoperatively; the beginning of an active rehabilitation program from the 1st day after surgery; use of changeable immobilization splints for elbow joint in the position of maximum flexion and extension of the elbow joint with their gradual replacement when the angle is larger.

Developed system of postoperative elbow rehabilitation allowed getting 80 % of good and excellent results of treatment in patients with radial head fractures.

Key words: radial head fractures, rehabilitation, elbow contracture.