

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ РОЗВАНТАЖЕННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРТЛЮЖНОЇ ЗАПАДИНИ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Завданням консервативного або хірургічного (за показаннями) лікування переломів вертлюжної западини (ВЗ) є відновлення співвідношення суглобових поверхонь ВЗ та головки стегнової кістки, що забезпечує стабільність кульшового суглоба (КС). В саногенезі пошкодження КС механічне навантаження визнається фактором руйнування, який сприяє прогресуванню деструктивно-дистрофічного процесу.

Метою роботи було визначення оптимального режиму відновлення рухової та опорної функції нижньої кінцівки на підставі вивчення особливостей перебігу репаративного процесу у кістковій та хрящовій тканинах шляхом біохімічних та імунологічних досліджень.

Шляхом вивчення метаболічних процесів та змін імунного статусу в 69 пацієнтів у терміни 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 тижнів, а також у періоди 9 – 12 та 13 – 27 тижнів досліджено динаміку процесів регенерації і резорбції кісткової тканини та деструктивно-дистрофічні зміни у суглобовому хрящі.

Встановлено, що імунними факторами, що стимулюють резорбтивні процеси є активні процеси антитілоутворення, зумовлені асептичним запаленням.

Доведено, що у період функціонального розвантаження за допомогою системи скелетного витягання знижується активність процесів резорбції, спостерігається тенденція до нормалізації імунологічних та біохімічних показників, що в цілому зумовлено активізацією процесів репарації. Значне зниження гостро- фазових реакцій до кінця 5-6 тижнів після травми або операції остеосинтезу вертлюжної западини, свідчить про адаптацію перебудовних процесів за нових біомеханічних умов. З цього часу доцільно починати активізацію рухового режиму. Але,

збільшення контактного тиску на суглобові поверхні призводить до загострення запальних реакцій у тканинах пошкодженого суглоба.

Із урахуванням динаміки процесів регенерації та резорбції кісткової тканини обґрунтовано програму дозованого збільшення навантажень на пошкоджений суглоб, визначено ранній, проміжний та пізній періоди реабілітації.

Задачі раннього періоду (від 6 тижнів до 3 місяців після травми):

1. Збільшення рухової активності пацієнта.
2. Збільшення об'єму рухів у пошкодженому кульшовому суглобі.

Задачі проміжного періоду (від 3 до 6 місяців після травми):

1. Укріплення навколо суглобових м'язових груп і м'язів усієї пошкодженої нижньої кінцівки.
2. Профілактика і лікування остеопорозу.

Задачі пізнього періоду (від 6 до 14 місяців після травми):

1. Поступове відновлення опорної функції пошкодженої кінцівки.
2. Збільшення об'єму рухів у суглобах нижніх кінцівок.
3. Укріплення м'язів, що забезпечують функцію опори та ходи.
4. Лікування остеопорозу.
5. Оптимальна соціальна та трудова реабілітація.

Отримані результати дозволили обґрунтувати необхідність та схему застосування у комплексній медикаментозній терапії нестероїдних протизапальних препаратів, а також препаратів, дія яких спрямована на активізацію клітинної ланки імунітету.