

# МАТЕРІАЛИ

## ЩОРІЧНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ СЕСІЇ “ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ РОЗРОБОК У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я 2011”

УДК:616-08

О. Я. Андрійчук

Волинський національний університет ім. Лесі Українки

### ЗМІНА ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ 0-І РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ СТАДІЇ В РЕЗУЛЬТАТІ ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Остеоартроз належить до хронічних незапальних поліетіологічних захворювань суглобів, в патогенезі якого мають місце дегенеративно-дистрофічні процеси. Основним патологічним проявом ОА є руйнування суглобового хряща, найважливіша функція якого – адаптація до механічного навантаження та забезпечення вільного руху суглобових поверхонь (О. А. Бур’янов, Т. М. Омельченко, 2009). Підвищена маса тіла хворих сприяє надмірному навантаженню на суглоб і розвитку патологічних змін.

Ми визначали «вихідний» ІМТ до початку дослідження та порівнювали показники після проведеного традиційного лікування (ЕГ n=60) і запропонованої додаткової програми фізичної реабілітації, до якої входили ЛФК, лікувальний масаж, механотерапія, фізіотерапія (включаючи низькоінтенсивне лазерне випромінювання), освітні та педагогічні заняття (ЕГ n=67). Загалом ІМТ майже у половини обстежених був в межах норми (до 25), проте мав сильні коливання. В КГ 27 хворих (45%) мали надлишкову вагу тіла (13 чоловіків і 14 жінок) і 5 хворих (8%) ожиріння першого ступеня (3 чоловіків і 2 жінок). В ЕГ у 29 обстежених (43%) виявлено надлишкову вагу (11 чоловіків і 18 жінок), у 6 (9%) – ожиріння першого ступеня (2 чоловіків і 4 жінки) і у 2 осіб (3%) ожиріння другого ступеня (2 жінки).

При проведенні моніторингу за зміною ваги тіла і як результат зміни ІМТ, у осіб, як КГ так і ЕГ, впливає, що при практично однаковому розподілі хворих, при первинному огляді вже наприкінці проведення курсу лікування та фізичної реабілітації, виявились суттєві відмінності. Так, в КГ 8% осіб «повернулись» до нормальної ваги тіла, а в ЕГ – 24%, отже різниця в 16% в результатах є прогностично сприятливою. Цілеспрямована подальша робота щодо виконання комплексу фізичних вправ, самомасажу призвело до того, що через три місяці і півроку, вага тіла в ЕГ хоч поступово, але мала тенденцію до зниження та нормалізації (через 3 місяці 74% осіб мали вагу тіла в межах норми, а через 6 місяців – 73%). В той же час в осіб КГ ІМТ повертався до «початкового» рівня (через три місяці 49% пацієнтів мали вагу тіла в межах норми, а через 6 місяців – лише 44%).

Отже, запропонована програма фізичної реабілітації, як доповнення до традиційного лікування, є ефективним засобом зменшення та нормалізації ваги – одного з основних факторів, що сприяють збільшенню навантаженості на суглоби, та розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости встречается наиболее часто среди всех переломов костей предплечья. В 90% случаев причиной перелома является падение на вытянутую руку. Типичные сопутствующие повреждения: перелом шиловидного отростка локтевой кости, перелом ладьевидной и вывих полулунной костей, разрывы лучезапястных и лучелоктевых связок.

В большинстве случаев наблюдается разгибательный тип этого перелома, или перелом Коллеса, при котором отломки образуют угол, открытый в тыльную сторону. Реже встречается сгибательный перелом лучевой кости в типичном месте или перелом Смита, обратный перелому Коллеса. При переломе лучевой кости в типичном месте, как правило, возникает ее укорочение с выстоянием вперед головки локтевой кости и подвывихом в дистальном лучелоктевом суставе. Этот подвывих является главной причиной неудовлетворительных функциональных результатов. Для полной и безболезненной функции предплечья, в первую очередь ее пронации-супинации, особое значение имеет реконструкция суставных поверхностей дистального лучелоктевого сустава и анатомичное восстановление соотношений в лучезапястном.

Оперативное лечение показано при нестабильных переломах, имеющих тенденцию к вторичному смещению отломков, а также при наличии смещения суставной поверхности. Существует ряд методов оперативного лечения данного типа переломов. Так, отломки могут фиксироваться спицами, проведенными чрескожно, применяют остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами или внутренний на костный остеосинтез.

С учетом многообразия имеющихся методов оперативного лечения актуальным является подбор фиксаторов, которые позволят начать раннюю реабилитацию, обеспечат надежную фиксацию и сократят срок лечения. Кроме этого, важным представляется выбор оперативного доступа, который обеспечит возможность проведения анатомичного восстановления целостности кости с минимальным повреждением мягкотканых структур. Такой конструкцией может быть на костная Т-образная анатомичная пластина с угловой стабильностью винтов для дистального метаэпифиза лучевой кости, установка которой осуществляется из ладонного доступа.

Нами изучены ближайшие результаты остеосинтеза у 18 больных с нестабильными переломами дистального метаэпифиза лучевой кости. В первой

группе у 10 больных проводили внеочаговый остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами. Во второй группе у 8 пациентов при таких же переломах был выполнен внутренний остеосинтез на костными Т-образными пластинами с угловой стабильностью винтов для дистального метаэпифиза лучевой кости, установка которых осуществлялась из ладонного доступа. В послеоперационном периоде проводили локальную компрессионную гипотермию оперированного сегмента и иммобилизацию в первые 3 суток после операции брейсом с последующим комплексом физиофункционального лечения.

**Результаты и обсуждение.** Пациенты первой группы были выписаны из стационара через 5-8 дней после операции. На момент выписки и до демонтажа аппарата внешней фиксации движения в кистевом суставе были не возможны. Проводили только ЛФК пальцев кисти. После демонтажа аппарата дефицит объема движений по сравнению со здоровым кистевым суставом составлял в среднем около 50%. Потери репозиции в послеоперационном периоде не наблюдалось. Восстановление полного объема движений наблюдалось в сроки от 1 до 2,5 месяцев после демонтажа аппарата. У 2 пациентов отмечено стойкое ограничение движений в кистевом суставе (около 30%) при удовлетворительной рентгенологической картине.

Все пациенты второй группы были выписаны из стационара в среднем через 3-5 дней после операции. Дефицит объема движений при выписке составлял в среднем 30-40%, через 1 месяц – не более 15%. Полное восстановление объема движений отмечали в сроки до 1,5 месяцев после операции. Стойкого ограничения объема движений у пациентов второй группы отмечено не было, трудоспособность восстановилась полностью. Потери репозиции в послеоперационном периоде не наблюдалось.

**Заключение.** Оценка результатов оперативного лечения больных с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости, путем внутреннего остеосинтеза на костными Т-образными анатомичными пластинами с угловой стабильностью винтов ладонным доступом показала высокую эффективность применения данного метода, который обеспечивает анатомичную репозицию и стабильную фиксацию поврежденных структур, что позволяет проводить раннее восстановительное лечение, исключает возможность потери репозиции и существенно сокращает сроки нетрудоспособности.