

## РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Необходимость реабилитационных мероприятий при переломах дистального метаэпифиза лучевой кости (ПДМЭЛК) обусловлена следующим. Существующая задача (максимально полноценное восстановление функции поврежденной конечности) не может быть решена только сопоставлением смещенных отломков и их фиксацией. Должно обеспечиваться оптимальное развитие компенсаторных и заместительных приспособительных механизмов. В тоже время существует высокий риск развития осложнений (контрактур, нейро-трофических нарушений). Необходима ранняя реабилитационная направленность оказания медицинской помощи уже на ранних этапах.

**Цель** – улучшить результаты лечения с ПДМЭЛК на основе ранней реабилитационной направленности всех составляющих лечения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 97 пострадавших с ПДМЭЛК со смещением. Все они лечились консервативным методом. Преобладали женщины 67 наблюдений (69,1%), старше 50 лет – 64 (66%).

Важным моментом при проведении манипуляции сопоставления отломков мы считаем полноценное обезболивание – инъекции 10 – 15 мл 2% раствора лидокаина; за 15-20 минут до репозиции внутримышечно вводился дексалгин – препарат с выраженным обезболивающим эффектом; назначался парацетамол.

Сама техника вправления предложенная J. Charnley, была максимально щадящей и малотравматичной. При этом при фиксированном локтевом суставе проводилась тракция с применением незначительных усилий и увеличением углового смещения, затем сопоставление по длине и незначительного сгибания в сторону имеющегося смещения. Одновременно врач устранял смещение по ширине нажатием пальцев на дистальный фрагмент, после чего проводилась коррекция углового смещения незначительным сгибанием. Метод эффективен у пациентов с внесуставными стабильными переломами на фоне остеопороза.

При нестабильных внутрисуставных оскольчатых ПДМЭЛК нами применялся аппаратный метод репозиции отломков – модифицированный вариант «башни»; вместо «ловушек пальцев» – лейкопластырное вытяжение.

После сопоставления смещенных отломков по тыльной ладонной поверхностям накладывались лангеты из скотчкаста и фиксировались циркулярно турами софткаста. Обеспечивалась возможность осуществления достаточно большого объема движений пальцев и даже сгибания кисти уже в иммобилизационном периоде со 2 – 3 суток после вправления.

Создав оптимальные условия для проведения комплекса реабилитационных мероприятий в раннем иммобилизационном периоде, определяли их составляющие – объемом и индивидуальные особенности каждого клинического случая; включали в себя: медикаментозную профилактику и терапию (поливитамины, СаДЗ никомед, а при высокой вероятности развития осложнений –  $\Delta T > 1,3^{\circ}\text{C}$  – дополняли берлитином, миорелаксантами, ангиопротекторами, миорелаксантами); лечебную физическую культуру (кинезотерапию),

### ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранняя реабилитационная направленность у больных с ПДМЭЛК позволила добиться хороших и удовлетворительных результатов в 96% случаев. Мультиmodalная анестезия, щадящая репозиция, фиксация современными материалами позволили рано и интенсивно провести кинезотерапию и физитотерапевтическое лечение. Повязка с использованием Softcast и Scotchcast достаточно жестко фиксировала отломки с высокой безопасностью развития сдавления сегмента в повязке. Обеспечивалась возможность осуществления достаточно большого объема движений пальцев и даже сгибания кисти уже в иммобилизационном периоде. Профилактическая медикаментозная терапия с учетом вероятности развития нейро-дистрофического синдрома по значению термоасимметрии  $\Delta T$  позволила адекватно корригировать обменные нарушения.