

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПОШКОДЖЕНИХ СУХОЖИЛКІВ І ЗВ'ЯЗОК ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

НЕСТЕРЕНКО ОЛЬГА

Український державний університет фізичного виховання і спорту

У зв'язку із зростанням виробничого, дорожнього та спортивного травматизму збільшилась кількість потерпілих з пошкодженнями сухожильно-зв'язкового апарату верхніх кінцівок, які вимагають як хірургічної, так і фізичної реабілітації.

Таким чином, метою роботи стало визначення найбільш оптимальних засобів і методів фізичної реабілітації після хірургічного відновлення пошкоджених сухожилків і зв'язок верхніх кінцівок.

Під спостереженням знаходилося 32 потерпілих у віці від 15 до 56 років. Із них було 13 з закритими травмами сухожилок, переважно рубаними і різаними. Дослідження проводилось на базі інституту клінічної та експериментальної хірургії. Результати фізичної реабілітації оцінювали за даними біомеханічних, антропометричних та інструментальних досліджень.

Оцінку функції сухожильно-м'язового апарату робили за методикою, запропонованою І.Матевим, С.Банковим (1981). Ступінь відновлення дискримінаційної чутливості визначали за тестом Вебера - та мінімальна відстань між двома браншами циркуля, які пацієнт сприймав як 2 різні точки. У нормі ця відстань дорівнювала 3-5 мм при травмі - 10-15мм. Також визначали тактильний стереогноз здатність розпізнавати мацаннями різні предмети з закритими очима в певний час. У нормі стереогноз дорівнював у середньому 30сек., при травмі сухожилків 1-2 хвилини.

При розробці програми фізичної реабілітації керувалися як відомими загальнопедагогічними принципами, так і етіопатогенетичними особливостями розвитку патологічного процесу.

Наші спостереження показали, що успіх фізичної реабілітації у значній степені залежить від суворого дотримання етапності і безперервності занять аж до відновлення трудових і соціальних функцій. При цьому для кожного етапу підбиралися найбільш адекватні засоби і методи кінезотерапії.

Так, на першому етапі (період іммобілізації) основну увагу приділяли лікувальній гімнастиці з використанням ідеомоторних актів, ізометричних вправ, пасивних і активно-пасивних рухів.

У другому періоді віддавали перевагу фізичним засобам спрямованим на відновлення функцій. Для цього крім рухової терапії широко використовували гідро- і фізіотерапію.

У третьому періоді фізична реабілітація була спрямована на відновлення трудових і соціальних функцій (Соціально-трудова реабілітація). З цієї метою застосовували різні обладнання і пристосування. Найбільше значення у програмі соціально-трудової реабілітації мала адекватно підібрана трудотерапія - лікувальне використання різних виробничих процесів і трудових операцій.

Слід відмітити, що при множинних пошкодженнях і складних хірургічних операціях на сухожиллях, характер і термін рухової терапії визначали індивідуально після консультації з хірургом, яким була зроблена операція, або разом з ним.

Досліди показали, що найбільш об'єктивними критеріями, які відображають ефективність проведених нами комплексних реабілітаційних заходів, є об'єм пасивних і активних рухів, появи усіх форм захватів і різних видів чутливості, покращення координації рухів і функціональної здібності м'язів.

У процесі відновлювального лікування засобами кінезотерапії відбувалася поява або збільшення усіх видів рухів в пошкоджених суглобах верхньої кінцівки, особливо у кисті, підвищення тону м'язів і м'язевої сили. Так, вже в кінці першого періоду реабілітації мускульна сила збільшилась в середньому на 16-18 кг. У результаті функціональної терапії з'явилися або значно збільшились щипковий, циліндричний, площинний, крючковий і кульковий захвати пошкодженою кистю. Тест Вебера зменшився від 10-15 до 3-5 мм. Час стереогнозу знизився від $2 \pm 0,15$ хв до $0,45 \pm 0,07$ хв, тобто від 2 хв до 35-45 сек. $P < 0,01$.

Дані інструментальних методів дослідження вказували на значне покращення під впливом рухової терапії та кровообігу в пошкодженій кінцівці, біоелектричної активності і збудливості нервово-м'язового апарату і трофіки тканин. Так, сумарна біоелектрична активність зросла у середньому на 152 мкВ.

Швидкість артеріального припливу за даними тетраполярної реовазографії зросла від 2,30,04 до $3,7 \pm 0,03$ мл/хв на 100г тканини, $p < 0,05$ при нормі $4,8 \pm 0,06$ мл/хв на 100г тканини. майже в 2 рази зріс реографічний індекс, збільшилась амплітуда реографічної кривої.

Таким чином, аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок, що використані нами фізичні засоби реабілітації прискорюють процес регенерації пошкоджених сухожилків та зв'язок, попереджують розвиток посттравматичних ускладнень, значно покращують функціональний і соціально-трудова результат відновлювального лікування.