

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННЫМИ КОНТРАКТУРАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Как сама травма, так и последующая иммобилизация конечности создают условия для развития сопутствующих нарушений – вегетативной иннервации и трофики соответствующей области с отеками, изменениями в соединительной ткани, фиброз мягких тканей, боли в самом суставе и в околоуставной области, гипотрофия мышц и пр. Все это способствует уменьшению диапазона движений с нарастанием мышечной гипотрофии и может привести к развитию контрактуры – стойкому уменьшению физиологического объема движений в суставе. Реабилитация – важное звено в цепочке лечебных мероприятий, направленных на восстановление функции конечности, заключительный этап комплексной терапии пациента.

Цель работы: улучшение результатов лечения пациентов со смешанными контрактурами коленного сустава.

В нашей работе мы наблюдали пациентов со смешанными контрактурами коленного сустава, т.е. возникшими вначале в результате изменений в одной ткани (миогенная, неврогенная), в последующем приводящими к вторичным изменениям в других тканях сустава (связки, суставная капсула и др.). Несмотря на то, что контрактура является осложнением течения основного заболевания или травмы мы рассматривали контрактуру как самостоятельную нозологическую форму – М 24.5 по МКБ-10.

За период 2009-2012г. на клинических базах кафедры проведено комплексное лечение 22 пациентам со смешанными контрактурами коленного сустава.

Задачи физической реабилитации пациентов с наличием контрактуры коленного сустава: восстановить амплитудные характеристики коленного сустава; растянуть контрагированные ткани; укрепить растянутые вследствие контрактуры мышцы; восстановить силовые и скоростно-силовые возможности нервно-мышечного аппарата; восстановить координацию движений; повысить общий тонус организма и эмоциональное состояние больного; предупредить возможные осложнения (развитие компенсаторных изменений: пространственно-функционального дисбаланса таза-крестца-позвоночника, деформирующего артроза смежных суставов; развития остеопоротических изменений бедренной и большеберцовой костей и пр.).

В нашей работе мы использовали следующие средства физической реабилитации:

1. *массаж* (лимфодренирующий, глубокий миофасциальный) с элементами мануальной терапии: мобилизация надколенника, постизометрическая релаксация мышц голени и бедра;

2. *кинезиотерапия*: пассивная разработка движений в коленном суставе и пассивная растяжка; упражнения на расслабление мышц, упражнения на растягивание; изокинетические упражнения на тренажерах; функциональные упражнения в гимнастическом зале; восстановление утраченных моторных навыков (ровный шаг, ходьба, спуск/подъем по лестнице, бег).

Для оценки результатов лечения пациентов мы проводили сравнительное тестирование по следующим оценочным шкалам: «Стандартизованная оценка исходов дегенеративно-дистрофических поражений суставов (СОИ-3)» (Э.Р. Маттис, 2008); «Оценка функции нижней конечности» – «The lower extremity functional scale» (The North American Orthopedic Rehabilitation Research Network, 1999). Обе шкалы оценок являются количественными, т.е. результатом оценки является получение баллов (максимальный – 100, минимальный – 20), что, по мнению авторов, соответствует проценту анатомо-физиологической нормы.

У всех пациентов отмечается увеличение объема движений и функции поврежденного коленного сустава сравнительно с ситуацией до лечения.

По шкале СОИ-3 17 пациентов показало результаты в промежутке от 85 до 95% анатомо-физиологической нормы, что расценивалось как отличный результат лечения. 5 пациентов показали результат в пределах от 75 до 85% анатомо-физиологической нормы, что расценивалось как хороший результат.

По шкале «Оценка функции нижней конечности» 19 пациентов отмечали восстановление функциональной активности нижней конечности в пределах от 85 до 95% от среднестатистической активности здорового человека. 3 пациента показали восстановление в пределах от 75 до 85%.

Интересным является результат сравнения результатов тестирования по шкале «Оценка функции нижней конечности» до и после лечения. Отмечалось увеличение функциональной активности в среднем на 40%, с показателем достоверности различий – 0,05.

Выводы. Проведенное лечение пациентов со смешанными контрактурами коленного сустава достоверно и значительно увеличило функциональную активность нижних конечностей, что способствует улучшению качества жизни и восстановлению здоровья пациентов. Присоединение комплекса кинезиотерапии благоприятно сказывается на восстановлении функции нижней конечности. Использование специальных силовых упражнений для мышц бедра и голени помогает устранить явления гипотрофии мышц.