

Кинезитерапия при фрактури на радиуса на типично място

Петя Парашкевова

Physical therapy in fractures of the radius loco typico: Fracture of the radius typical position is a common type of injury. In the present study, was observed to 58 patients. For functional recovery of the arm a rehabilitation program including physical and physiotherapy was applied.

Key words: Fracture of the radius typical position, rehabilitation

ВЪВЕДЕНИЕ

Фрактурите на радиуса на типично място биват два типа: екстензионни на Colles и флексионни на Smith. По-често срещани са фрактурите на Колес. При тези счупвания фрактурната линия минава на 2–2,5 см проксимално от радиокарпалната става. В над 50% от случаите фрактурите на радиуса на типично място се съчетават с фрактура на стилоидния израстък на улната. [2]

Механизмът на травмата при екстензионния тип е най- често индиректен падане върху дланната повърхност на ръката при екстензирана, а при флексионния е падане върху дорзалната повърхност на китката. Особеност при счупванията на радиуса на типичното място освен голямата честота е развитието на Зюдекова остеопороза, която се свързва от една страна с механизма на травмата, от друга с неблагоприятния (стегната или халтава имобилизация, късно оперативно лечение)[1,2]. Предразполагащ фактор е по - високата възраст на пациентите, при които най - често се среща този вид счупване.

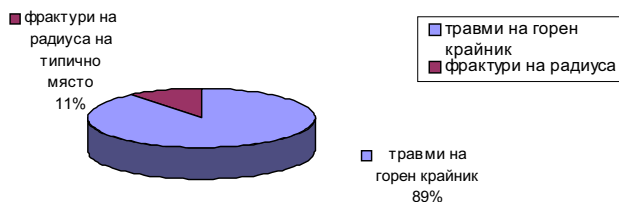
ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящето съобщение е да покажем резултатите от кинезитерапевтичното лечение на пациенти с фрактури на типичното място, да отчетем ефективността на прилаганата от нас в практиката рехабилитационна програма и да анализираме проблемите възникнали при нейното провеждане.

Нашето изследване обхваща 58 пациенти с фрактури на радиуса на типично място (16 мъже и 42 жени) от общо 493 души с травми на горен крайник, преминали за лечение през ЗК "Медика". Средната възраст на нашите пациенти е 53.8 год., съотношението между жени и мъже е 3:1.

По вид 11 пациента бяха с фрактура тип Smith, 47 – с фрактура на Colles.

Диаграма 1
Честота на разпространение на фрактури на радиуса на типично място спрямо травми на горен крайник



Кинезитерапевтичната програма има следния вид:

I – II постимобилизационна седмица

Кинезитерапия: криотерапия с намазване, лимфодренаж на мануса и предмишницата, пасивни движения по физиологичните оси на китката в безболезнен обем – флексия- екстензия, радиално – улнарно отвеждане, постепенно включване на контролирани активно- асистирани упражнения, ритмични упражнения за китка и пръсти, минимални изометрични контракции от безболезнена позиция, постизометрична релаксация за флексия и екстензия в китката без да се провокира болка и без стречинг във фазата на релаксация.

Физиотерапия: магнитно импулсно поле, ултразвук.

III – IV постимобилизационна седмица

Кинезитерапия: криотерапия с намазване, лимфодренаж на мануса и предмишницата, свободни активни упражнения в пълен обем и срещу съпротивление за раменната, лакътната и ставите на пръстите, тракция на ставите на китката, преминаване от активно- асистирани към активни упражнения, трениране на широките захвати.[3]

Физиотерапия: магнитно импулсно поле, ултразвук.

V – VI постимобилизационна седмица / и нататък /

Кинезитерапия: криотерапия с намазване(водолечение), лечебен масаж на предмишница и манус, свободни активни упражнения в пълен обем и срещу съпротивление за раменната, лакътната и ставите на пръстите, аналитични упражнения за китка, ставна мобилизация на китката, упражнения срещу мануално съпротивление за пръсти и китка. Упражненията за сила на захвата, включително върхови захвати, Трудотерапия и опора с тежестта на тялото на дланта или дейности включващи резки и силови движения разрешаваме около 2-2,5 месеца след травмата.

Физиотерапия: продължава при необходимост (магнитно импулсно поле, ултразвук).

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Възстановяването на нормалната подвижност и функция на увредения крайник проследихме чрез гониометрия и сантиметрия.

Таблица 1

Сантиметрия на горни крайници

Показател	X ₁	X ₂	σ ₁	σ ₂	n	t	P _t
Предмишница	10/22.5	10/ 20.5	4.88	4.45	58	1.25	0.788655
Гривнена става	16.0	14.5	3.47	3.15	58	3.04	0.997664
През дланта	17.5	15.5	3.80	3.36	58	3.14	0.998862

За изчисляване на сигмалното отклонение използвахме K- от таблицата на Ермолеев. Коефициента за статистическа достоверност показва, че резултатите имат благоприятно развитие- повлиява се отока на предмишница и манус. С напредване на програмата намаляват признаците за Зюдековата остеопороза (температура на мануса, лъскавина и тургор на кожата, оток). По- ниският

коэффициент на достоверност ние си обясняваме с факта, че в периода на проучването провеждаме политика на борба с отока (което личи от таблицата), а преодоляването на мускулната атрофия е последващ етап в нашата работа.

Благоприятни са промените, които показват обема на движение в гривнена става в края на кинезитерапевтичното лечение:

Таблица 2

Ъглометрия на гривнена и радио- улнарна става

Показател	Начало	Край
Екстензия-Флексия	10 – 0 - 20	60 – 0 - 75
Радиално-улнарно отвеждане	0 – 0 - 10	20 – 0 - 30
Проно- супинация	20 – 0 - 10	65 – 0 - 80

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Така изнесените резултати разкриват ефективността на приложената кинезитерапевтична програма.

В заключение можем да кажем, че ранното прилагане на кинезитерапия при пациенти с фрактура на радиуса на типично място помага за по- бързото възстановяване функцията на увредения крайник и връщане на пациента към нормална битова, и трудова дейност.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Баракова, П., П. Парашкевова, Ив. Стефанова, Фрактури на карпалните кости и кинезитерапевтичните проблеми при тяхното възстановяване, I ва Национална Конференция по медицинска рехабилитация и ерготерапия, 4 - 6 октомври 2007 Плевен.

[2] Ганчев, М., Травматология на опорно-двигателния апарат; К&М, София, 1997

[3] Попов, Н., Димитрова Ев., Кинезитерапия при ортопедични заболявания и травми на горния крайник, София, 2007

За контакти:

Ст.ас. Петя Парашкевова, Катедра "Кинезитерапия", Русенски университет "Ангел Кънчев", Тел.: 082 82-19-93, E-mail: petia75@gbg.bg

Докладът е рецензиран.