

**КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІЇ  
ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО СУГЛОБУ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ Філак  
Ф. Г., Філак Я. Ф.**

*Ужгородський національний університет, м. Ужгород*

Серед травм нижніх кінцівок найпоширенішими є травми дистального відділу гомілки і кісточок. За даними літератури вони складають від 12,0 до 20,0 % від всіх переломів опорно-рухового апарату, з них в 12,0 -35,0 % випадків спостерігаються незадовільні результати лікування, а тривала непрацездатність складає від 4 до 8 місяців. У результаті травмування гомілковостопного суглоба може відбутися перелом однієї або декількох кісток, розтягнення або розрив зв'язок, вивих. Кожне з цих ушкоджень супроводжується хворобливими відчуттями. Однією з основних причин значного збільшення періоду непрацездатності є іммобілізаційні контрактури в пошкодженій кінцівці. Застосовують консервативне лікування з використанням зовнішньої іммобілізації так і широко застосовується оперативне лікування [1, 3].

Одним з досить ефективних і перевірених способів відновлення нормальної роботи гомілковостопного суглоба є реабілітація. Разом з тим, застосування засобів фізичної реабілітації при переломах гомілковостопного суглоба на ранніх термінах після оперативного лікування, на сьогоднішній день обмежується в основному на використанні фізіопроцедур і фізичних вправ [2].

**Мета роботи** - підвищити ефективність та науково обґрунтувати дію засобів фізичної реабілітації для відновлення фізичної працездатності пацієнтів після переломів кісточок гомілковостопного суглоба.

**Матеріали та методи.** З метою обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів та оцінки ефективності курсу фізичної терапії в амбулаторних умовах використовували клінічні показники, дослідження амплітуди рухів у гомілковостопному суглобі за допомогою гоніометра, оцінка болю проводилась за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). За допомогою гоніометра градуйованого від 0 до 180 градусів нерухома бранша фіксується на суглобі і анатомічна позиція приймається за 0. Відхилення від анатомічної позиції у будь-якій площині описується позитивним числом градусів в діапазоні від 0 до 180. При цьому на латеральній поверхні гомілковостопного суглоба нерухома бранша перпендикулярна до малогомілкової кістки, рухома бранша під час руху паралельна до п'ятої плюсневої кістки. Показники нормального об'єму рухів: тильне згинання - 20°, підшовне згинання - 50°.

Візуальна аналогова шкала – це відрізок прямої 10 см. Початкова точка – 0, тобто відсутність болю; кінцева точка – 10 – нестерпний біль.

Дослідження проведені у 20 пацієнтів віком 35-45 років, які мали травми кісточок гомілковостопного суглоба і лікувались амбулаторно. На початку дослідження було проведено опитування пацієнтів з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. Діагноз був установлений лікарем на основі клініко-інструментальних методів дослідження. Імобілізаційний період із накладанням гіпсової пов'язки тривав у середньому 28 днів без проведення операції. Для подальшого відновного лікування після зняття імобілізації пацієнти були детально обстежені в умовах поліклініки. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. Головним симптомом у цих хворих був біль у гомілковостопному суглобі, особливо при ходьбі, який відзначали 100,0% пацієнтів. Другий важливий симптом – обмеження рухливості і припухлість, що відзначали усі 100,0% пацієнтів. Тривалість відновного лікування становила два місяці.

В комплекс відновного лікування використовували наступні засоби фізичної реабілітації: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба, реабілітаційний масаж, озокеритотерапія. Відновний період починався відразу після зняття імобілізації і продовжувався протягом 8 тижнів. На перших заняттях ЛГ пріоритетним направленням було збільшення рухливості в суглобах ураженої кінцівки. В заняття, на фоні загальнорозвиваючих вправ,

включають спеціальні вправи: активні рухи пальцями (захоплення дрібних предметів і їх утримання), рухи стопою, тильне і підшовне згинання, перекочування стопою м'яча, перекочування з п'яти на носок обома стопами, катання палиці стопами. Використання масажу певною мірою попереджає утворення стійких контрактур і атрофії, а у випадках виникнення сприяє їх ліквідації. Лікувальна ходьба застосовувалась за трьома періодами: щадним, функціональним та заключним. За допомогою лікувальної ходьби досягали вагомих результатів в підвищенні силових можливостей м'язів травмованої кінцівки і поперекового відділу хребта. Озокеритотерапію призначали з метою покращення крово- і лімфообігу в гомілковостопному суглобі, обмінних процесів, Т 45°С тривалістю 30 хвилин через день №10.

В результаті проведених реабілітаційних заходів поряд з покращенням клінічних показників відзначається позитивна динаміка амплітуди рухів у гомілковостопному суглобі. Величини середніх показники амплітуди рухів, що характеризують функції тильного згинання вірогідно підвищилися з  $10^{\circ} \pm 0,80$  до  $15^{\circ} \pm 0,80$  градусів.

У 25,0% пацієнтів ще відзначається обмеження тильного згинання гомілковостопного суглоба. В нормі амплітуда рухів, що характеризує функцію тильного згинання становить  $20^{\circ}$ . Величини показників, що характеризують амплітуду рухів підшовного згинання в гомілковостопному суглобі після реабілітаційних заходів також підвищились. Середні показники амплітуди рухів підшовного згинання у гомілковостопному суглобі підвищились з  $25,8^{\circ} \pm 1,64$  до  $40,0^{\circ} \pm 1,48$  при нормі  $50^{\circ}$ . Показники відчуття болю також знизилися. Так, середні показники ступеню болю в гомілковостопному суглобі знизилися з  $5,1 \pm 0,89$  до  $1,1 \pm 0,68$  балів, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної терапії.

**Висновки.** Під впливом комплексної програми фізичної реабілітації поряд з покращенням клінічної картини у 75,0% пацієнтів відзначається нормалізація амплітуди рухів тильного згинання, підшовне згинання нормалізувалось у 80,0% пацієнтів. У 25,0% хворих ще відзначається обмеження тильного згинання гомілковостопного суглоба, у 20,0% - підшовне згинання.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Клепач М.С., Андрейчин В.А. Невідкладна лікарська допомога при травмах : навч. посібник. Івано-Франківськ, 2007. 156 с.
2. Марченко О.К. Физическая реабилитация больных с многооскольчатыми и многофрагментарными переломами диафизов бедра

и голени / Марченко О.К., Лазарева Е.Б. Никаноров А.К. – К., 2005. – 50 с.

3. Ортопедія і травматологія. За ред. проф. О.М. Хвисяка. Х., 2013. 656 с.

### **SUMMARY**

#### **COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH FUNCTION OF THE ANKLE AND FOOT JOINT AFTER FRACTURE**

**Filak F. G., Filak E. F.**

The study was performed in 20 patients aged 35-45 years who had ankle injuries. As a result of rehabilitation measures, along with the improvement of clinical indicators, there is a positive dynamics of the amplitude of movements in the ankle joint.