



Нина Михайлова



Ростислав Костов

Кинезитерапевтично лечение и насоки при състояния след ипсилатерални фрактури на бедрото и подбедрицата („плаващо коляно - floating knee”)

РЕЗЮМЕ

Нарушенията в структурата и функцията на долните крайници, неадекватното им лечение и възстановяване неминуемо се отразяват на функцията на цялата мускулно-скелетна система при човека. Комбинираните фрактури на бедрото и подбедрицата, при които е налице мобилен сегмент, включващ колянната става, R. A. Winquist (1984), класифицира като плаващо коляно (floating knee). При деца неправилната репозиция и последващо лечение на фрактурираните кости крие реална опасност от развитието на късни ангуларни деформации в областта на увреденото коляно и нарушения в осификацията на метафизарния хрущял, което е предпоставка за трайно и необратимо увреждане на долните крайници. Настоящата статия цели обзор на клиничните аспекти (характеристика и специфики на увредата, механизми на получаване, методи на лечение и т. н.) на фрактурите тип „плаващо коляно” и анализ на резултатите от проведеното посттравматичното кинезитерапевтично лечение.

КЛЮЧОВИ ДУМИ: фрактури, плаващо коляно, кинезитерапия.
KEY WORDS: fractures, „floating knee”, kinesitherapy.

SUMMARY

Kinesitherapy and directions in cases with ipsilateral fractures of femur and tibia („floating knee”)

Disturbances in the structure and function of lower extremities, non adequate treatment and recovery will affect the function of the whole human bone-muscular system. The fractures of halower extremities are among the heaviest damages, and are results of different in direction and severity trauma agents. Recently the intensification of transport (and traffic accidents), the increasing popularity of particular kind of sport activities etc. leads to the increasing of the fractures of femur and/ or the tibia. Combined fractures of the two bones, in which there is a mobile segment including the knee joint. Winquist (1984) classifies as „floating knee” In children, the incorrect reposition and nonadequate treatment of the fractures creates a danger of development of late angular deformities in the damaged knee and disturbance in the ossification of the epiphyseal plate which is precondition for irreversible damage of the lower limbs function. The present purpose of the present publication is a survey of the clinical aspect of the fractures type „floating knee”.

ХАРАКТЕРИСТИКА, МЕХАНИЗЪМ НА ПОЛУЧАВАНЕ И РАЗНОВИДНОСТИ НА ТРАВМАТА

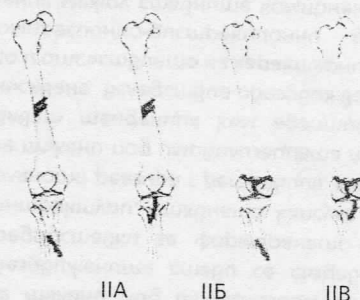
Понятието „плаващо коляно” е въведено за първи път от R. A. Winquist (1984), след като за първи път описва диафизарни и метафизарни фрактури на бедрото и подбедрицата, при които е налице мобилен сегмент, включващ колянното [1, 2, 14] (фиг. 1).

Според Mery Letts et all (1986) най-често срещаният механизъм на увредата е вследствие на страничен удар на велосипедист в областта на колянното, от бронята на автомобил, пресичащ неговата посока на движение. Изследванията на Blake и McBryde подкрепят становището на Letts, че винаги се касае за високо енергийна травма на структурите на бедрото и подбедрицата.

та. [1, 4, 8]. Вследствие на костните увреди, както и механизма на получаване на травмата обезателно се срещат както значителни мекотъканни наранявания, така съдови и понякога неврологични увреди.

Съпътстващите травмата усложнения са от хеморагично и неврологично естество. Тази масивна травма е предпоставка за бързото развитие на посттравматичен шок поради болката и бързата кръвозагуба. При открити фрактури кръвта от наранените кръвоносни съдове изтича през нарушената кожна покривка, а при закритите кръвозагубата се разпределя между меките тъкани на долния крайник. Във всички случаи е налице бързо прогресираща кръвозагуба, която създава реална предпоставка за застрашаване живота на пострадалия. От съдовите увреди най-чести са на поплитеал-

ната и задната тибиялна артерия. Неврологичните увреди са предимно на N. peroneus communis. [15, 16]. При непрегнупиране на навременни и адекватни мероприятия относно невро-васкуларните увреди прогнозата за функционално възстановяване на крайника са лоши. Често се наблюдава и лезия на предно-тибиалната



Фиг. 1 Класификация на фрактурите на долния крайник при възрастни. (М. Ганчев, 1995)