

1.7 КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПРИ ТРАВМАТИЧНО "ПЛАВАЩО КОЛЯНО" В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Н. Михайлова*, ИВ. Борисов**

* Медицински колеж, ВМИ - Плевен

** Клиника по ортопедия и травматология, МБАЛ - Плевен

Увод: Понятието "плаващо коляно" е въведено от К. А. Миди151 през 1984г., след като описва свободния фрагмент, включващ колянната става, при фрактура на бедрената диафиза или метафиза и фрактура на тибиялната диафиза или метафиза. Изборът на терапевтичен подход се определя индивидуално за всеки от пациентите, като общите принципи са:

- ригидна фиксация поне на една от фрактурите, съобразена с локалния статус и възрастта на детето;

- външен фиксатор при откритите фрактури.

Цел: Целта на кинезитерапията е да ускори процеса на физическо и психическо възстановяване на децата, да подобри функцията на засегнатия крайник и да поддържа здравия. Във всички стадии от възстановяването кинезитерапията се бори с контрактурата 6 колянната става, поддържа обема на движение в незасегнатите стави и общия тонус на тялото.

Материали методика: За периода 1997-2003 г. в КТна ВМИ, Плевен, са лекувани 5 деца с ипсилатерални фрактури от типа "плаващо коляно". Четири от тях са момчета и едно момиче на възраст от 9 до 14 години. И при петте деца е наблюдавана диафизарна фрактура на двете кости с различна по степен и вид дислокация на фрагментите. При всички фрактурата на бедрената кост е закрыта, а при двама е налице открит фрактура на тибията. Тримата от пациентите са лекувани оперативно, а двама - консервативно. Методиката на кинезитерапията може да бъде разделена в периоди, като за всеки от тях има специфична характеристика:

1. имобилизационен (40-45 дни - поясно-крачолен гипс);

2. следимобилизационен/постоперативен - ранен и късен.

Резултати и анализ: При отчитането на резултатите след проведения курс на лечение се установиха следните закономерности:

1. Хипотрофия на т. явас!псер5^етоп5-след имобилизацията и при двете форми на лечение има изразена хипотрофия (средно 1-3 ст), като по-изразена е при консервативното лечение.

2. Оток в областта на колянна става - при оперативно лекуваните отокът се резорбира почти изцяло, за разлика от консервативно лекуваните.

3. Ъглометрия на колянна става - след преодоляването на постимобилизационната контрактура в КС и при двата метода остава слабо ограничение в движенията.

4. Субективни оплаквания - показателите са болка, походка, абсолютна дължина, нестабилност в КС. Анализът на тези данни показва, че като метод на лечение оперативният е по-добър.

Изводи и заключение: Средствата на кинезитерапията, използвани в съответните периоди на лечение, предпазват пациентите от усложнения и водят до бързо възстановяване на функциите на засегнатия крайник. Отчетените резултати доказват предимствата на оперативното лечение, тъй като то дава възможност за ранно раздвижване и съкращава сроковете за пълно натоварване на крайника.

Ключови думи: кинезитерапия, плаващо коляно