

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF TO PROGRAMS FOR REHABILITATION OF FR. RADII LOCO TIPICO

Marija Upcheva

PT “Fizio-medika” – Strumica, Republic of Macedonia marija.upcheva@outlook.com

Abstract: The fracture of the typical place of the radius is usually occurred on the top fractured limb. Fragments radius corner covers open lower dorsal angle who is open radially. Depending on the fracture the treatment can be conservative or surgical. After manual reposition, pour plaster immobilization, which stands about 1 month in slight flexion and ulnar deviation of the hand. In patients over 50 years better the hand to be placed in a functional position, instead volnarna. Thus eliminating one of the factors that can lead to eye and reduced trophic in hand. After removing the immobilization if there is no need of re-mobilization, should immediately begin physiotherapy. The task of physiotherapy is not to allow the rigidity of the fingers, not some neurotic changes occur and to avoid occurrence of Zudekova dystrophy hand. Unlike physiotherapy, kinesitherapy should begin as early as the second day of immobilization. It consists of free active movements of the fingers, wrist, elbow and shoulder. The exercises should be performed several times a day. It is recommended to start with easy and stimulating massage. Of electrotherapy use more kinds of therapies such as TENS, interference currents, galnski currents, ie low, medium and visokofrekfentni Stour. Use ultrasound therapy, magnetic therapy and paraffin. It is recommended kinesitherapests to perform exercises in water. The therapist aims to fully restore the wrist to normal, which will perform all movements without pain.

Keywords: fracture, wrist, rehabilitation, therapist.

ОЦЕНКА НА ЕФЕКТИВНОСТА НА ДВА ПРИОДИ НА РЕХАБИЛИТАЦИЈА ПРИ СКРШЕНИЦА НА РАДИУСОТ НА ТИПИЧНО МЕСТО

Марија Упчева

„Физио-медика“ – Струмица marija.upcheva@outlook.com

Абстракт: Фрактурата на типичното место на радиусот е најчесто настаната фрактура на грониот екстремитет. Фрагментите на радиусот зафаќат отворен агол дорзално и помал агол отворен радијално. Во зависност од фрактурата лекувањето може да биде конзервативно или оперативно. После мануелната репозиција, се става гипсова имобилизација, која стои околу 1 месец, во лека флексија и улнарно отклонување на раката. Кај пациенти кои се над 50 годишна возраст подобро е шаката да биде поставена во функционална положба, наместо волнарна. На тој начин се елиминира еден од факторите кој може да доведе до појава на окот и намалена трофика во раката. После вадењето на имобилизацијата доколку нема потреба од повторна мобилизација, треба веднаш да се започне со физикална терапија. Задачата на физикалната терапија е да не дозволи ригидност на прстите, да не настанат некои невротични промени како и да се избегне настанување на Зудекова дистрофија на раката. За разлика од физикалната терапија, кинезитерапијата треба да започне уште во вториот ден од имобилизацијата. Таа се состои од слободни активни движења на прстите, рачниот зглоб, лакотот и рамото. Вежбите треба да се извршуваат неколку пати во денот. Се препорачува и со започнување на лесна и стимулативна масажа. Од електротерапијата се користат повеќе видови на терапии, како TENS, интерферентни струи, галнски струи, односно ниско, средно и високофрекфентни струи. Се употребува ултразвучна терапија, магнетна терапија како и парафин. Препорачливо е извршување на кинезитерапевтските вежби во вода. Терапевтот се стреми кон целосно враќање на зглобот во нормала со што ќе ги извршува сите движења без болка.

Клучни зборови: фрактура, зглоб, рехабилитација, терапевт

ВОВЕД

Една од почестите фрактури кои настануваат кај луѓето, е фрактурата на типичното место на радиусот. Тоа е фрактура која настанува со паѓање на личноста директно на раката, со што тежината паѓа врз неа. Фрактурата настанува, на околу 2 - 3 см над рачниот зглоб. Во зависност од видот на фрактурата, подолу во трудов ќе разгледуваме два вида на фрактура и тоа фрактура на Colles – од екстензорен тип и фрактура на Smith – од флексорен тип. Во клиничката слика имаме присутен оток и палпаторна болка, односно осетливост на ниво на фрактурата, забележуваме хематом и крепитации. Движењата во рачниот зглоб се болни и ограничени. Доколку фрактурата е без дислокација, тогаш имаме само појава на оток, пропратен со

болка. Додека во случај на дислокација клиничката слика е комплицирана. При лекувањето на овој начин, најважно е да се ликвидира болката. Тоа може да се постигне со анестезија на местото на фрактурата, анестезија во субаксиларниот плексус или општа анестезија. При мануелна репозиција на фрактурите од екстензорен тип основно се употребуваат две техники. Техниката на Bohler (1987) се извршува на принцип теглање – противтеглање и мануелен притисок. Техниката на Charnley (1972) се базира на израмнување на неправилните фрагменти. Рехабилитацијата после ваков вид на фрактура ни претставува еден сложен комплекс, составен од медицински, социјални, психолошки, професионални и други работници, кои се стрмат кон целосно враќање на раката во функција. Целта на рехабилитацијата е полно и за кратко време воспоставување на физичко и психичко здравје на пациентот. Започнувањето со физиотерапевтски фактори кои се надополнети со кинезитерапевтски процедури треба да биде основен немедикаментозен метод при лечењето на фрактура на типичното место на радиусот. Состојбата во која се наоѓа раката, односно положбата, имобилизацијата, неупотребата и слично, доведуваат до мускулна хипотрофија, капсуло – лигаментна фиброза и остеопороза. Физиотерапијата и рехабилитацијата се ефикасни за борба со хипотрофијата, остеопорозата, намалената мускулна сила и ригидноста. Тие би можеле да ги сведат на минимум непријатните постфрактурни и постимобилизирачки ефекти и да го скратат времето за заздравување на раката после вадење на имобилизацијата. Основни задачи се: намалување на едем и хематом, забрзување на зараснување на фрактурата, враќање на обемот на движење, враќање на мускулната сила и лекување на можно настанатите компликации.

Целта на истражувањето е: Да се тестира, оцени и спореди ефикасноста на два приоди на рехабилитација на фрактура на типичното место на радиусот (FRLT).

МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ

Истражувањето се спроведе од февруари до мај 2017 година во ПЗУ „Физио-медика“ – Струмица. Во истражувањето беа вклучени 12 пациенти, 4 мажи и 8 жени на возраст од 30 до 60 години. Пациентите беа поделени во две групи. Група А (контролна), (n=6) и Група Б (експериментална), (n=6). Сите пациенти поминаа физиотерапевтски курс од 15 процедури. За Група А програмата содржеше: Ултразвук (5 минути со 0,8 вати), ласер (5 -10 минути туш и 30 – 60 секунди ласеропунктура), интерферентни струи, парафинотерапија и кинезитерапија. За Група Б: Магнет (70 – 100 Hz, 20 – 30 минути), TENS (100Hz), галванизација (20 минути) и хидрокинезитерапија. За проценка на ефектите од применетата терапија пред и по завршувањето на лекувањето ги испитавме чувствителноста на болка, отокот, обемот на движење (гониометрија) и мускулната сила (ММТ).

РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА

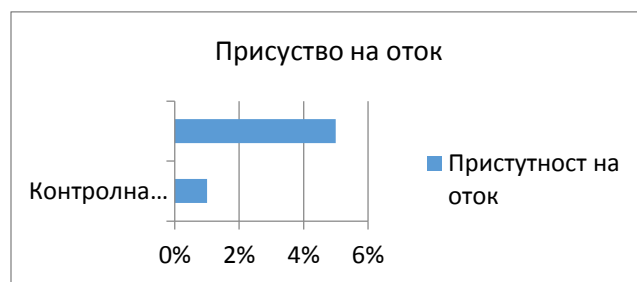
На дијаграм 1 е прикажана чувствителноста на болка, по завршување со лекувањето кај двете групи.



Дијаграм бр. 1 Чувствителност на болка кај пациентите од двете групи
Diagram no. 1 Sensitivity to pain in patients from both groups

Од дадениот дијаграм гледаме дека чувствителноста на болка значително е намалена и кај двете групи, меѓутоа, поголема застапеност болката има кај пациентите од контролната група со 15 %, додека на болка се жалат само 10 % од пациентите од експерименталната група.

На дијаграма 2 е прикажана присутноста на оток по завршување на лекувањето.



Дијаграм бр. 2 Постојење оток кај пациентите после рехабилитацијата
Diagram no. 2 Existence edema in patients after rehabilitation

Забележуваме дека кај пациентите од контролната група постојење на оток забележува само кај 1 %, што значи дека речиси и не постои пациент кај кој сеуште има оток. Додека пак, кај експерименталната група гледаме дека, има сеуште оток кај поголем број на пациенти во однос на контролната група. Резултатите од гониометријата се прикажани во табела 1

Вид на движење / Type of movement	Нормален обем / normal volume	Просечна вредност на движење во контролната група / Average value of movement in the control group	Просечна вредност на движење во експерименталната група / Average value of movement in the experimental group
Супинација на подлактицата / Forearm supination	0° - 80°	0° - 85°	0° - 80°
Флексија во рачен зглоб / Wrist flexion	0° - 80°	0° - 70°	0° - 75°
Екстензија во рачен зглоб / Wrist extension	0° - 70°	0° - 60°	0° - 65°
Радијална девијација / Radial deviation	0° - 20°	0° - 20°	0° - 15°
Улнарна девијација / Ulnar deviation	0° - 30°	0° - 25°	0° - 30°
Флексија на првиот метак. Зглоб на палецот / Flexion of the first metatarsophalangeal joint of the hand	0° - 80°	0° - 75°	0° - 80°
Флексија во метак. Зглоб на 2,3 и 4 прст / Flexion of the second, third and fourth metatarsophalangeal joint	0° - 90°	0° - 90°	0° - 90°
Флексија на првиот интер. Зглоб на палецот / Flexion the first interphalangeal joint of the thumb	0° - 80°	0° - 65°	0° - 75°
Флексија во интерфалангеалните зглобови / Flexion of the interphalangeal joints	0° - 100°	0° - 95°	0° - 95°

Табела бр. 1 Добиени просечни вредности од испитувањата со гониометар по завршувањето на рехабилитацијата

Table no. 1 Obtained average values of the tests with a goniometer after rehabilitation

Резултатите од Мануелниот мускулен тест се прикажани во табела 2

Движење / movement	Просечни степени во контролната група / Average degrees in the control group	Просечни добиени степени во експерименталната група / Average degrees in the experimental group
Флексија во рачен зглоб / Wrist flexion	4	5
Екстензија во рачен зглоб / Wrist extension	4	5
Абдукција во рачен зглоб / Wrist abduction	4	4
Аддукција во рачен зглоб / Wrist adduction	5	5

Табела бр. 2 Добиеени просечни вредности од ММТ по завршувањето на рехабилитацијата
Tabele no. 2 Obtained average values of MMT after rehabilitation

ЗАКЛУЧОК

Фрактура на типичното место на радиусот најчесто настанува при пад на шаката, со што рачниот зглоб е во дорзифлексија, а подлактицата во пронација. Дисталниот фрагмент се поместува дорзално со што радиусот добива форма на вилушка. Во клиничката слика е присутен оток и палпаторна болка осетлива во пределот на фрактурата. Движењата во зглобот се болни и ограничени. Дијагнозата се поставува со клинички преглед и ртг снимки. Лекувањето може да биде конзервативно или оперативно. После имобилизацијата пациентот треба да започне со физикална терапија. Од големиот спектар на физикални фактори кои ги користеме во рехабилитацијата добиваме и голем број предности во лекувањето. Од експериментот во овој труд гледаме дека, со користење на TENS терапијата значително се намалува болката кај пациентите, подвижноста на зглобовите при кинезитерапевтските вежби е поголема доколку имаме претходна апликација на парафин, меѓутоа долгорочно движењата се подобри доколку вежбите се прават во топла вода. Со вклучување на магнетна терапија, интерферентни струи како и ласер терапијата, се намалува откот на рачниот зглоб, се подобрува трофиката и циркулацијата. Поради свесноста на личноста за малата сериозност на проблемот со кој се справува, најчесто пациентите се во нормална психичка состојба. На крај целта е да се врати подвижноста на зглобот, со што пациентот без болка ќе ги извршува сите движења и сам ќе ги извршува своите потреби

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Fernandez DL*. Fractures of the distal radius. U: Ruedi TP, Murphy WM. AO principles of fracture management. Thieme/Stuttgart-New York; 2000,
- [2] Fracture of the distal radius: classification of treatment and indications for external fixation (editorial). *Injury* 1994;25(Suppl4):S-D14–25.
- [3] *Solgaard S*. Classification of distal radius fractures. *Acta Orthop Scand*1985;56:249–52.
- [4] Адам Гринспен, 2011, Ортопедски прикази
- [5] Бранислав Поповиќ; Борислав Драгановиќ; Јован Глигоровиќ, 2011, Основне физикалне медицине
- [6] Д. Костадинов; Л. Николова; Ст. Банков; П. Слнчев, 1975, Физикалните фактори во комплексното лекување на рехабилитација на некои често среќавани заболувања
- [7] доц. Е. Димитрова Предавања - Кинезитерапијата во ортопедијата и трауматологијата
- [8] Доц. Е. Димитрова, 2003 г., Функционална дијагностика на опирачко-двигателниот апарат – раководење и рака
- [9] Јордан Т. Пачков, 2009, Ултразвучна терапија
- [10] Караевски Љ. Поповска, 2009, Ортопедија
- [11] Кит Л. Мур; Артур Ф. Дали; Ан М.Р. Агур, 2011, Клинички ориентирана анатомија
- [12] Милорад Р. Јевтич, 2001, Клиничка кинезитерапија

- [13] М-р Ленче Николовска; Тоше Крстев, 2009, Физикална медицина, интерна скрипта. Универзитет “Гоце Делчев” Штип
- [14] Николаи Попов, 2009, Кинезиологија и патокинезиологија на мускуно моторниот систем
- [15] Проф Д-р Лејла Караицикова; Тамара Страторска, 2014, Мануелно мускулно тествање со ПИР. Универзитет “Гоце Делчев” Штип
- [16] Проф, д-р Јован А. Шуков, 2001, Основи на кинезитерапија
- [17] Проф. Г. Галбов, проф. В. Ванков; Софија, 1986 г., Анатомија на човекот
- [18] Проф. Д-р Сава Петкович; проф. д-р Станислав Букоров, 1987, Хирургија
- [19] Туфекчиевска А., 2009, Биомеханика