

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГИДРОКОРТИЗОНА И ГИАЛУРОНИДАЗЫ

Шопулатов Искандар Бахтиёрович к.м.н, доцент.

Кафедра травматологии и ортопедии

**Самаркандский государственный медицинский университет,
город Самарканда, Республика Узбекистан**

Резюме: В статье изучены лечение контрактур коленного сустава с применением гидрокортизона и гиалуронидазы в комплексе с физиотерапией. Местное введение гидрокортизона и гиалуронидазы является эффективным методом лечения в комплексе с физиотерапией, ЛФК и массажем при травмах и операциях на сустав.

Ключевые слова: больных, коленного сустава, лечение, гидрокортизона, гиалуронидазы, физиотерапия.

PREVENTION AND TREATMENT OF KNEE JOINT CONTRACTURES USING HYDROCORTISONE AND HYALURONIDASE

Shopulatov Iskandar Bakhtiyorovich PhD, Associate Professor.

Department of Traumatology and Orthopedics

Samarkand State Medical University,

Samarkand, Republic of Uzbekistan

Abstract: The article studies the treatment of knee joint contractures using hydrocortisone and hyaluronidase in combination with physiotherapy. Local administration of hydrocortisone and hyaluronidase is an effective method of treatment in combination with physiotherapy, exercise therapy and massage for injuries and surgeries on the joint.

Key words: patients, knee joint, treatment, hydrocortisone, hyaluronidase, physiotherapy.

Введение. На современном этапе развития биохимической науки гормональные и ферментативные препараты получают все большее

применение как один из важных факторов воздействия на патологический процесс при лечении травм и ортопедических заболеваний [1,2]. Экспериментальные и клинические исследования ряда авторов показали, что механизм действия гидрокортизона сводится с неспециальному противовоспалительному действию-понижению проницаемости сосудистой стенки, снятию отека, фибринолитическому, а также антиаллергическому действию [4]. В клинической практике для лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата применяется или один гидрокортизон или их совместная комбинация [3]. Мы поставили перед собой задачу проанализировать результаты лечения больных гидрокортизоном и гиалуронидазой и выяснить их эффективность применения для профилактики и лечения контрактур коленного сустава.

Цель исследования. Изучить лечение контрактур коленного сустава с применением - гидрокортизона и гиалуронидазы в комплексе с физиотерапией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении травматологии и ортопедии находилось 155 больных, которым было проведено внутрисуставное введение гидрокортизона и гиалуронидазы в комплексе с физиотерапией, ЛФК и массажем. Возраст больных был от 20 до 56 лет. Количество инъекций зависело от характера, тяжести и времени травмы. Инъекции производились с интервалами в 4-5 дней.

Результаты исследования. В зависимости от этиологического фактора все наблюдаемые больные, которым применялись гидрокортизон и гиалуронидаза распределены на 3 группы. В первую группу вошли больные с внутренним повреждением коленного сустава, осложненным гемартрозом (ушибы, частичное повреждение связочного аппарата, повреждение внутреннего мениска)-31 больной. Всем этим больным при поступлении, в отделение производилась пункция сустава и после эвакуации гематомы вводилась смесь, состоящая из 1% раствора

новокaina 20 мл, 25 мг гидрокортизона и 64 ед. гиалуронидазы. Затем накладывалась задняя гипсовая лонгета. Восемнадцати больным сделана одна инъекция этой смеси, десяти-2 и трем-3 инъекции. Лечение гидрокортизоном и гиалуронидазой применялось в комплексе с физиотерапией (УВЧ, электрофорез, парафин и др.) ЛФК и массажем. Как показывают наши наблюдения, у этой группы больных обычно после первой инъекции гидрокортизона и гиалуронидазы значительно уменьшалась боль, чувство распирания в суставе, а на 4-5 день уменьшились отек и внутрисуставный выпот. К концу курса лечения у 29 больных полностью прекратилась боль, отек и выпот в суставе исчезли, движения полностью восстановились. У двух больных после внутрисуставного введения гидрокортизона и гиалуронидазы исчез отек и выпот в суставе, однако полного объема движений в суставе мы не получили. Эти больные подвергнуты оперативному лечению. При артrotомии было обнаружено повреждение внутреннего мениска. После менискэктомии функция сустава восстановилась полностью. Средний срок стационарного лечения у этой группы больных составил 23 дня, а при идентичных повреждениях без применения гидрокортизона и гиалуронидазы он равнялся 35,1 дня. Во вторую группу нами отнесены 66 больных, которым производились ортопедические операции на коленном. У этой группы больных, в послеоперационном периоде, отмечался гемартроз и появление выпота в суставе. С целью профилактики воспалительных и спаечных процессов нами применялось введение в полость сустава только одного гидрокортизона. Обычно на второй день после операции производилась пункция сустава; вслед за эвакуацией крови полость сустава промывалась теплым 4% раствором новокaina, а затем вводились 25 мг гидрокортизона. У 44 больных произведена одна инъекция гидрокортизона, у четырнадцати две и у восьми-три инъекции. Наблюдения за больными после внутрисуставного введения гидрокортизона показали, что уже первая инъекция гидрокортизона давала

больным значительное уменьшение или даже полное прекращение болей. Выпот исчезал на второй - третий день, а на четвертый-пятый-уменьшался и отек. После проведенного курса гидрокотизонотерапии все явления воспаления в суставе полностью исчезали. Третью группу составили 58 больных с иммобилизационными контрактурами коленного сустава. У двенадцати из них был перелом диафиза бедренной кости, у четырех - перелом надколенника (после оперативного лечения), у сорока двух - перелом диафиза костей голени. Ко всем этим больным применялось длительное лечение гипсовой иммобилизацией, которое вызывалось различными осложнениями, появившимися в процессе лечения (замедленная консолидация, нагноение и др.). С момента снятия гипсовой повязки по давности контрактур больные распределялись следующим образом: у тридцати четырех человек срок был от двух до трех месяцев, у двадцати четырех - от четырех до девяти месяцев. Всем этим больным в сустав вводилась смесь, состоящая из 10 мл 1% раствора новокaina, 25 мг гидрокортизона и 64 ед. гиалуронидазы. Интервал между инъекциями составлял 4-5 дней, одиннадцати больным сделана одна инъекция, семи-3, шестнадцати -4, пятнадцати-5, четырем-6, пяти-7 введений этой смеси. Одновременно с инъекциями гидрокортизона и гиалуронидазы больным проводилось обязательное физиотерапевтическое лечение ЛФК и массаж мышц. Наши наблюдения показали, что уже после двух-трех инъекций гидрокортизона и гиалуронидазы в смеси с новокайном уменьшались боль и скованность движений в суставе. Дальнейшее применение биопрепараторов приводило к размягчению уплотненных пар артикулярных тканей или к полному их рассасыванию при этом объем движений постепенно увеличивался и к концу второго месяца лечения у наибольшего количества больных наступило полное восстановление функции. Результаты лечения, всех обследованных больных мы оценивали как хорошие, так как исчезали боль и отек, происходило полное восстановление функции сустава; или же происходило улучшение, которое

характеризовалось уменьшением болей и отечностей, а также увеличением объема движений в суставе. При проверке отдаленных результатов лечения больных с внутренними повреждениями, осложненными гемартрозом, у 23 чел. хороший результат был стойким. У восьми - наступило улучшение; эти больные отмечали непостоянны боли в суставе после физической нагрузки. При обследовании больных с иммобилизационными контрактурами у сорока семи человека.

Вывод: Применение гидрокортизона и гиалуронидазы в комплексе с физиотерапией, ЛФК, массажем при иммобилизационных контрактурах позволяют достигнуть более быстрого восстановления функции сустава. Местное введение гидрокортизона и гиалуронидазы является эффективным методом лечения в комплексе с физиотерапией, ЛФК и массажем при травмах и операциях на суставе.

Использованная литература:

1. Маматалиев А., Орипов Ф. Гистологическое строение интрамурального нервного аппарата общего желчного протока и желчного пузыря у кролика, в норме и после удаление желчного пузыря //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 3/2. – С. 117-125.
2. Маматалиев А.Р. Особенности нейрогистологическое строение интразонального нервного аппарата вне печеночных желчных протоков у крыс //экономика и социум. – 2024. – №. 3-2 (118). – с. 692-695.
3. Satybaldiyeva G. et al. Behavioral adaptations of Arctic fox, Vulpes lagopus in response to climate change //Caspian Journal of Environmental Sciences. – 2024. – Т. 22. – №. 5. – С. 1011-1019.
4. Индиаминов С. И., Шопулатов И. Б. КАФТ СУЯКЛАРИ СИНИШИ БИЛАН БОГЛИҚ ТРАВМАЛАРНИНГ УЗОҚ ОҚИБАТЛИ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИНГ СУД-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗА АМАЛИЁТИДАГИ АҲАМИЯТИ //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 10. – С. 146-150.