

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Чушинская М.М.

В статье представлен анализ современных методов реабилитации и их место в ведении пациентов травматологического профиля. Показано значение реабилитации в полноценном лечении травм опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: реабилитация, травма, опорно-двигательный аппарат.

The article presents the analysis of modern methods of rehabilitation and their place in the management of traumatological patients. The importance of rehabilitation in full treatment of musculoskeletal injuries is shown.

Keywords: rehabilitation, trauma, musculoskeletal system.

«Я пришью ему новые ножки, Он опять побежит по дорожке» – гарантирует доктор Айболит К. Чуковского в стихотворении, а в жизни даже блестяще и вовремя проведенная операция без проведения адекватных реабилитационных мероприятий не вернет пациенту утраченные функциональные возможности. По статистике, результат проведенной операции – это 20–40% успеха, а все остальное – залог грамотной реабилитации. В настоящий момент профессиональный стандарт «врач-реабилитолог» не утвержден, поэтому часто назначением реабилитационной программы занимается врач-травматолог.

Материалы и методы

Синтез и анализ литературных источников по поставленной проблеме.

Результаты и обсуждение

Ведущие методы реабилитации после травм: ЛФК, физиотерапия, диетотерапия, психотерапия, рефлексотерапия.

Программа реабилитации составляется в зависимости от: общего состояния пациента, нервно-психического статуса, способа иммобилизации, точности сопоставления, величины костной мозоли, повреждений соседних нервов и сосудов.

В травматологической практике принято выделять 3 периода:

I. Иммобилизации; II. Постиммобилизации; III. Восстановительный – до полного восстановления функции или достижения максимально возможной компенсации.

Период иммобилизации

Цель данного периода – создать условия для предельно возможной моторной деятельности пациента.

Реабилитационные мероприятия начинают с назначения ЛФК (с первых суток поступления в ЛПУ).

Противопоказания к ЛФК: общее тяжелое состояние больного, признаки интоксикации, устойчивый болевой синдром, повышенный риск кровотечения.

Основные средства ЛФК: лечение положением, идеомоторные упражнения; общеразвивающие упражнения для здоровых конечностей, динамические упражнения для свободных от иммобилизации суставов поврежденной конечности, ходьба при травмах верхних конечностей, ходьба на костылях при повреждении нижних конечностей, изометрические упражнения для неповрежденной и травмированной конечности (в случае сопоставления отломков), дыхательная гимнастика.

ВВ! При выполнении упражнений нельзя допускать усиление болей. Первый раз под контролем инструктора ЛФК, затем 2-3 раза в день самостоятельно.

Среди физиотерапевтических воздействий самое распространенное и эффективное – массаж. Его назначают с 3-4 дня после иммобилизации (для неповрежденной конечности 15–20 минут + сегментарно-рефлекторный).

Рефлекторный массаж проводят в местах выхода корешков – при травме верхних конечностей – стимулируют область шейно-затылочного перехода и верхнегрудной отдел. При переломах нижних конечностей – вибрационный массаж на поясничный отдел позвоночника. Начиная со второй недели, дополнительно массируют части травмированной конечности, не вовлеченные в фиксацию. Каждый день, начиная с 3–5 минут, постепенно увеличивая сеанс до 15–18 минут. Массаж поврежденной конечности проводят при любом виде иммобилизации (гипс, вытяжение).

Когда острые реактивные явления пройдут, вибрационный массаж производится вдоль больной конечности со стороны подошвы.

При закрытых переломах массаж производится на всех стадиях его заживления, начиная со 2-3 дня после перелома.

При увеличении времени консолидации перелома назначают механическую вибрацию в области перелома (при переломах костей предплечья или голени со 2 недели, бедра или плеча с 3 недели) 2-3 раза в день. При наложенном гипсе для этого прорезают окошечко.

При повышении тонуса мышц на поврежденной конечности уменьшают время проведения процедуры, увеличивают частоту поглаживающих и вибрационных приемов, снижают общую интенсивность массажа.

Физиотерапия

Со 2-3 дня после травмы назначают низкочастотную магнитотерапию; УВЧ в слаботепловых дозировках – электроды располагаются поперечно в области перелома; электрофорез анальгетиков, кальция и фосфора на область перелома, при невозможности – на здоровую конечность симметрично перелому или на рефлекторно-сегментарные зоны, электрофорез брома на шейно-воротниковую зону рекомендуется для больных с резко выраженным

болевым синдромом и повышенной раздражительностью, теплолечение – парафиновые и озокеритовые аппликации.

В постиммобилизационный период применяют те же методики с постепенным увеличением нагрузки. Пассивные и активно-пассивные упражнения выполняются с минимальной скоростью и амплитудой движения до болевых ощущений (20–30 минут), добавляют тренажеры (механотерапия).

В центральных федеральных реабилитационных центрах набирает популярность методика кинезиотейпирования, основанная на кожно-мышечном рефлексе. Преимущества данного способа – постоянное воздействие на мышечную систему, в том числе и ночью, возможность применения гигиенических водных процедур. При ношении тейпа пациент не испытывает никакого дискомфорта, движения может выполнять в полном объеме, без ограничений. Применение тейпов можно совмещать с другими восстановительными процедурами – в таком случае повышаются реабилитационные возможности. Тейп прикрепляют на срок до 5 суток, таким образом, данная методика выигрышна и в плане финансовых затрат. Актуально тейпирование и в восстановительном периоде после травм при повышенных нагрузках, что особенно важно для людей, занимающихся физическим трудом (например – спортсменов).

Выделяют две основных методики: фиксационная и лимфодренажная. Первая помогает сохранять правильное положение мышц и суставов (заменяя ортопедические ортезы), активно используется сразу после снятия гипса. Лимфодренажный способ улучшает крово- и лимфообращение, помогает справиться с отеками.

Восстановительный период проводят в санаторно-курортных условиях.

Заключение

Реабилитация после переломов конечностей – необходимое условие восстановления утраченных функций, при этом нужно учитывать, что при неверном использовании средств реабилитации, их неправильной дозировке и назначении не вовремя, в частности, ЛФК, повышается риск развития осложнений, в т.ч. неправильное сращение, ложные суставы. С другой стороны, запоздалая реабилитация, в неполном объеме может привести к контрактурам.

Список литературы:

1. Абабков С.Г., Авдюнина И.А., Аверин А.П., Момот А.П., Неймарк М.И. и др. *Анестезиология-реаниматология. Клинические рекомендации.* М., 2016.
2. Аккер Л.В., Александров В.В., Дуруда Н.В., Ефремушкин Г.Г., Каркавина А.Н., Крахмелец Т.В., Кулишова Т.В., Курбатова И.И., Маслов Д.Г., Некрасов С.В., Осипова И.В., Пуценко В.А., Репкина Т.В., Шумахер Г.И., Черданцева Т.М., Табашникова Н.А. *Общая магнитотерапия.* Барнаул, 2007.

3. Брюханов А.В., Васильев А.Ю. *Магнитно-резонансная томография в остеологии*. Москва, 2006.
4. Дементьев А.С., Журавлева Н.И., Кочетков С.Ю., Чепанова Е.Ю. *Травматология и ортопедия. Стандарты медицинской помощи: справочное издание*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018: 752.
5. Жариков А.Ю., Зверев Я.Ф., Брюханов В.М., Лампатов В.В. Современные представления о модуляторах оксалатного нефролитиаза. Стимуляторы кристаллизации. *Нефрология*. 2009; 13(1): 56-72.
6. Корнилов Н.В. *Травматология и ортопедия*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016: 592.
7. Кукес В.Г., Стародубцев А.К., Блинков И.Л., Сидоренкова Н.Б., Титова З.А. и др. *Клиническая фармакология и фармакотерапия*. учебник для вузов. Москва, 2003.
8. Набиулин М.С., Лычев В.Г. *Оптимизация тренирующих нагрузок в реабилитологии. Концептуальные подходы и практическое применение*. Н.Новгород, 1999.
9. Репкина Т.В., Осипова И.В., Кулишова Т.В. Оценка эффективности общей магнитотерапии в комплексном лечении пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью в условиях поликлиники. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2010; 1: 10-13.
10. *Травматология: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018: 776.
11. Трухачева Н.В. *Математическая статистика в медикобиологических исследованиях с применением пакета STATISTICA*. Москва, 2013.
12. Чумакова Г.А., Киселева Е.В., Чурсина В.И., Лычев В.Г. Влияние физических тренировок различной интенсивности на постинфарктное ремоделирование и функцию левого желудочка. *Кардиология*. 2003; 43(2): 71-72.