

*А.А. Антонов, В.Г. Климовицкий, А.М. Гребенюк, А.В.Владзимирский*  
*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина*

## **ОБОБЩЕННЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО БЛОКИРУЕМОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ЗАКРЫТЫХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

### **Цель**

Создание единого подхода к реабилитационным мероприятиям раннего послеоперационного периода при интрамедуллярном блокируемом остеосинтезе бедра.

### **Материал и методы**

28 пациентов (мужчин 26 (92,8%), женщин – 2 (7,2%), средний возраст  $31,5 \pm 2,8$  лет), которым был выполнен внутрикостный блокируемый остеосинтез фиксатором ChM (Польша) по поводу закрытых переломов бедренной кости. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больных с применением комплексов лечебной физкультуры с целью сокращения периода их реабилитации.

### **Результаты и обсуждение**

Единый подход включал стандартизированную схему мероприятий:

- 1) Ранняя активизация больного в постели.
- 2) Обучение ходьбе на костылях с 3-5-х суток (в зависимости от типа перелома) после операции и навыкам самообслуживания.
- 3) Применение методики ЛФК для быстрого восстановления функции травмированной конечности.
- 4) Профилактика ранних и поздних осложнений после остеосинтеза переломов бедра.
- 5) Подготовка больного для дальнейшего амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации.

После операции – активные движения в пальцах, синхронно движениям в здоровой конечности по 1-3 минуты.

1 сутки – кинезотерапия здоровой конечности на фоне дыхательных упражнений.

2 сутки – изометрическая гимнастика (6-8 сеансов в сутки по 8-10 напряжений), направленная на поддержание тонуса мышц, улучшение кровообращения в прооперированной конечности (особенно четырехглавой мышцы – при данной травме именно она подвергается гипотро-

фии). Активно-пассивные движения в коленном суставе оперированной конечности – в пределах сектора углов  $180^\circ$ - $150^\circ$  (2-3 раза в день по 3-5 минут). При общем удовлетворительном состоянии – упражнения с сопротивлением и отягощением.

4-5 сутки – вертикальное положение в кровати с опущенными ногами и опорой на стопы о пол 6-8 раз в сутки. Угол сгибания в коленном суставе составлял  $50^\circ$ - $70^\circ$  от полного разгибания. Активизацию проводили индивидуально, с учетом общего состояния, особенностей операции и типа перелома. Увеличение продолжительности упражнений (10 минут, 5-6 раз в день).

5 сутки – подъем с кровати на костыли из положения сидя. Интенсивность наращивания нагрузки на прооперированную конечность определяли индивидуально, в соответствии с типом перелома. Специальное внимание уделяли сохранению стереотипа ходьбы, активному разгибанию голени, исключению отведения и ротационного положения нижней конечности с пассивной стабилизацией коленного сустава.

### **Выводы**

Комплекс реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде у пациентов после остеосинтеза переломов бедренной кости блокируемым стержнем должен быть динамичным с постепенным увеличением физической нагрузки и учетом особенностей конкретного клинического случая. К концу периода пациенты передвигались на костылях с оптимальной нагрузкой на оперированную конечность, осуществляли активное удержание голени в разогнутом положении конечности в коленном суставе (объем движений –  $70^\circ$ - $80^\circ$ ). Правильно подобранный двигательный режим, весовая нагрузка при передвижении, а также навыки лечебной физкультуры, полученные под руководством лечащего врача-травматолога, в последующем являются для пациентов базовой основой реабилитационных мероприятий.