Реферат по теме:

***«Физическая реабилитация при переломах позвоночника и таза»***

**1. Переломы позвоночника**

В анатомическом отношении позвоночник представляет собой сложный костно-суставной аппарат, являющийся основной осью тела человека. Он состоит из отдельных позвонков, межпозвонковых дисков и хорошо развитого связочно-мышечного аппарата. Позвоночный столб обладает большой прочностью, упругостью, подвижностью и переносит значительные статические и динамические нагрузки. Можно выделить следующие функции позвоночного столба: костный футляр для спинного мозга, орган опоры и движения, рессорная функция, обусловленная наличием межпозвонковых дисков и физиологических кривизны позвоночника, которые предохраняют тела позвонков, головной мозг, внутренние органы от чрезмерных компрессионных воздействий, резких сотрясений и толчков. Повреждения позвоночника бывают в шейном, грудном, поясничном и крестцовом отделах. Их подразделяют согласно следующей классификации.

В зависимости от состояния нервной системы:

– с повреждением спинного мозга;

– без повреждения спинного мозга.

Мы рассмотрим только вторые.

В зависимости от локализации повреждения:

– переломы остистых и поперечных отростков, переломы дужек позвонков;

– переломы тел (компрессионные) позвонков;

– вывих и подвывих позвонков;

– растяжения и разрывы связок;

– повреждения межпозвонковых дисков.

Повреждения позвоночника могут быть множественными (переломы нескольких позвонков) и комбинированные (переломы позвонков сочетаются с переломами других костей скелета). Изолированные вывихи и переломо-вывихи возникают, как правило, в шейной части позвоночника, так как она наиболее подвижна.

Переломы остистых отростков встречаются в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника. Значительного смещения, как правило, не наблюдается. Переломы сопровождаются сильными болями в месте травмы, особенно при поворотах головы, шейной локализации, в позвоночнике и попытках наклониться вперед.

Лечение начинается с местной анестезии перелома 1%-ным раствором новокаина в количестве 3 – 5 см3 (на один позвонок) и иммобилизации на жесткой кровати в течение 10 – 14 дней, при переломе в шейном отделе накладывается ватно-марлевый ошейник на 3 – 4 недели.

К физической работе такие больные могут приступать через 2 – 2,5 месяца после повреждения.

Переломы поперечных отростков, как правило, встречаются в поясничном отделе и часто сопровождаются переломом ХІІ ребра, потому что квадратная мышца поясницы начинается от гребешка подвздошной кости и прикрепляется к ХІІ ребру и к поперечным отросткам четырех верхних поясничных позвонков. Внезапное резкое сокращение этих мышц вызывает перелом поперечных отростков. Переломы могут быть односторонние и двухсторонние. В окружающих мягких тканях поясничной области образуется большая гематома, мышцы, фасции, апоневроз надорваны, сосуды повреждены, чувствительные нервы, проходящие в этой области, растянуты или надорваны. Сразу после травмы такие больные стараются держаться очень прямо, так как попытки согнуться в сторону повреждения вызывают сильные боли. При пальпации определяется резкая болезненность в области поперечных отростков.

Лечение начинается с обезболивания переломов (10 мл 0,5 – 1%-ного раствора новокаина), а затем осуществляется иммобилизация больного на кровати со щитом до исчезновения острых болей. Анестезию повторяют в течение 6 – 7 дней. Переломы с небольшим смещением срастаются. Трудоспособность больных восстанавливается через 3 – 6 недель.

Чаще всего при подобных травмах возникают компрессионные переломы тел позвонков, обычно в нижнем шейном, нижнем грудном и верхнем поясничном отделах, т.е. в тех местах, где более подвижная часть позвоночника переходит в менее подвижную. Такие повреждения позвоночника вызывают падение с высоты на голову, ягодицы, ноги; резкое чрезмерное сгибание или разгибание позвоночника – при обвалах, падениях тяжелого предмета, при автомобильных авариях (удар сзади) и др.; действие вращающей силы; чрезмерное внезапное напряжение мышц, прикрепляющихся к остистым или поперечным отросткам; действие прямой травмы (удара). О степени компрессии тела позвонков судят по рентгенограмме. Определяется степень снижения (на ¼, на 1/3, на ½) высоты тела поврежденного позвоночника по отношению к выше- и нижележащим позвонкам.

Лечение компрессионных переломов может осуществляться длительным вытяжением методом одномоментной или постепенной реклинации позвоночного столба с последующим наложением гипсового корсета; комбинированным методом (вытяжение и гипсовая иммобилизация) и оперативными методом – различным способом фиксации сегментов позвоночного столба в зоне повреждения. При всех способах лечения применение физических факторов (ЛФК, массаж и физиотерапия) является обязательным, так как они интенсифицируют регенеративные процессы в позвоночнике, предотвращают последствия длительной гиподинамии, укрепляют мышечный корсет, сохраняют нормальную подвижность и рессорность позвоночного столба и др. на завершающем этапе реабилитации физические упражнения обеспечивают необходимую адаптацию пострадавшего к бытовым и профессиональным нагрузкам.

Реабилитация при компрессионных переломах шейных позвонков. Чаще всего травмируются наиболее мобильные позвонки С5 – С6, сопровождаясь вынужденным положением головы, спастическим сокращением и напряжением мышц. Больной не может поворачивать и сгибать шею. Наиболее опасны и трудны для лечения и реабилитации переломы первого и второго шейного позвонков. Лечение оперативное, по окончании операции больного укладывают на щит, подкладывая под шею мягкий эластичный валик, чтобы голова была слегка запрокинута. В течение 5 – 7 дней осуществляется вытяжение металлической скобой за свод черепа с грузом 4 – 6 кг. На 6 – 8-й день накладывают гипсовую повязку с опорой на предплечья и захватом головы сроком на 2 месяца.

При несложных компрессионных переломах тел средних и нижних шейных позвонков рекомендуется консервативное лечение. Больной должен лежать на щите. При нарушении оси позвоночника с углом, открытым спереди, под плечи подкладывают плотную эластичную подушку, благодаря чему голова запрокидывается назад, вытяжение осуществляется в направлении вниз. Если нарушение оси позвоночника сопровождается углом, открытым сзади, под голову следует подложить две обычные подушки, вытяжение осуществляется кверху. Для вытяжения используется петля Глиссона, на 1 – 2 ч головной конец кровати поднимается на 50 см от пола. Как только ось позвоночника восстанавливается (определяют рентгенологически), головной конец кровати несколько опускают (до 30 см от пола).

Переломовывихи и вывихи средних и нижних шейных позвоночников требуют скорейшей надежной стабилизации (различными вариантами заднего спондилодеза). После операции в течение 3 – 4 суток необходимо вытяжение металлической скобой за свод черепа с грузом 4 – 6 кг. Затем накладывают гипсовую повязку (полукорсет с захватом головы сроком на 2 месяца). При раздробленных компрессионных переломах тел шейных позвонков рекомендуется при отсутствии экстренных показаний операция переднего спондилодеза на 3 – 5-й день после травмы. После операции больной должен лежать на щите, с плотным эластичным валиком под шеей, поддерживающим голову в слегка запрокинутом положении. В течение 6 – 7 дней металлической скобой за свод черепа производится вытяжение грузом массой 4 – 5 кг. На 7 – 8-й день после операции накладывают гипсовую повязку с опорой на надплечья и захватом головы (сроком на 3 месяца).

После операции на шейном отделе позвоночника после выхода больного из состояния наркоза, ему рекомендуют каждые 2 – 3 часа делать 5 – 6 глубоких дыхательных движений и откашливать мокроту. На следующий день после операции или наложения вытяжения петлей Глиссона или консервативном лечение больные начинают заниматься ЛГ.

Задачи ЛФК: стимуляция регенеративных процессов в поврежденном сегменте, улучшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, профилактика застойных явлений, атрофии мышц тела и конечностей, укрепление мышц шеи.

Схема занятия ЛГ при переломах шейного отдела позвоночника в первый период ЛФК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Частьзанятия | Общая характеристика упражнений | Дозировка,мин |
| Вводная | Лежа на вытяжении. Упражнения для мелких и средних мышечных групп конечностей. Статические дыхательные упражнения: полное, грудное, брюшное | 1 – 1,5 |
| Основная | Лежа на вытяжении. Упражнения для всех мышечных групп конечностей и корпуса (полуповорот таза), за исключением мышц шеи и плечевого пояса. Активные с небольшим дополнительным усилием за счет тяжести тела и снарядов (начиная с 8-го дня занятий). Без снарядов и со снарядами массой до 1 кг. Упражнения простые и наиболее элементарные на координацию и упражнения в расслаблении. Статические дыхательные упражнения: полное, брюшное, грудное, с толчкообразным выдохом. Динамические дыхательные с движением рук ниже уровня плеч. Паузы отдыха 20 – 30 с (по состоянию больного) | 8 – 10 |
| Заключительная | Лежа на вытяжении. Упражнения для средних и мелких групп конечностей. Статические дыхательные упражнения: полное, брюшное, грудное | 1 – 1,5 |

1. Большое внимание уделяется обучению больных правильному дыханию: грудному и брюшному. Соотношение дыхательных упражнений к общеразвивающим 1:1, 1:2. динамические дыхательные упражнения выполняются с неполной амплитудой – ниже уровня плеч.

1. Движения ногами больной выполняет поочередно, первую неделю не отрывая их от плоскости постели.
2. Движения в плечевых суставах активные, с неполной амплитудой ниже уровня плеч.
3. Исключаются упражнения в прогибании туловища, повороты и наклоны головы.

Этот комплекс упражнений больной выполняют либо до наложения гипсовой повязки, либо при консервативном ведение больного методом вытяжения в течение 3 – 5 недель.

В период иммобилизации гипсовой повязкой или полукорсетом двигательный режим расширяется, больному разрешают сидеть и ходить. Задачи ЛФК в этот период следующие: подготовить больного к вертикальным нагрузкам, предупредить атрофию мышц туловища, шеи и конечностей, восстановить бытовые навыки и навыки ходьбы, улучшить кровообращение в области перелома с целью стимуляции регенерации. В занятия ЛГ включаются общеразвивающие упражнения для мышц туловища, верхних и нижних конечностей, выполняемые в положениях лежа, сидя, стоя, упражнения на равновесие и координацию движения, а также ходьба и упражнения в ходьбе, упражнения на поддержание правильной осанки. Для укрепления мышц шеи используются изометрические напряжения мышц от 2 – 3 до 5 – 7 с, занятия проводятся 3 – 4 раза в день каждое продолжительностью 15 – 20 мин. Движения туловища вперед противопоказаны. Через 8 – 10 недель иммобилизацию снимают.

После снятия гипса задачами ЛФК являются: восстановление подвижности в шейном отделе позвоночника, укрепление мышц шеи и верхнего плечевого пояса, устранение координационных нарушений, адаптация к бытовым и профессиональным нагрузкам.

В первые дни после прекращения иммобилизации для уменьшения нагрузки на шейный отдел занятия проводится только в положении лежа, а затем сидя и стоя. Для укрепления мышц шеи продолжаются изометрические напряжения ее мышц, в том числе с сопротивлением (рукой методиста или самого больного). Полезны также упражнения в удержании приподнятой головы в положении лежа на спине, животе, на боку. Используются самые различные упражнения для конечностей, особенно верхних конечностей, в том числе упражнения на верхнюю часть трапециевидной мышцы, мышц, поднимающих лопатку, и лестничных мышц. Для этого используют движения руками выше горизонтального уровня, поднимание надплечья, отведение рук от дела на 90о с отягощением различными грузами. Используется также тренировка на блоковых и других тренажерах. Для увеличения подвижности позвоночника в занятия включают наклоны, повороты туловища, головы и ее вращения. В этот период важно выполнять упражнения на равновесие, координацию движений и на осанку.

Занятия должны проводиться не только в зале ЛФК, но и в бассейне.

В реабилитации больных с переломами позвоночника значимое место отводится массажу и физиотерапевтическим процедурам.

Для профилактики образования пролежней применяют поглаживания, растирания кожи шеи, верхней части спины. Назначают также массаж верхних конечностей, сегментарно-рефлекторный массаж шейных и верхних грудных сегментов. Массаж сочетают с пассивными упражнениями. Широко используются и физиопроцедуры.

Трудоспособность больных возвращается через 3 – 6 месяцев, в зависимости от тяжести повреждения.

Реабилитация при компрессионных переломах грудных и поясничных позвонков. При переломах позвоночника в грудном и поясничном отделах чаще повреждаются позвонки на границе более или менее подвижных отделов (11 – 12 грудные и 1 – 2 поясничные позвонки). В большинстве случаев причиной переломов является чрезмерное насильственное сгибание позвоночника, исключительно редко – разгибание. Лечение переломов позвоночника этой локализации направлено на восстановление его анатомической целостности и создание естественного мышечного корсета. В стационаре больного укладывают на кровать со щитом, выполняя постепенно возрастающее переразгибание позвоночника. С этой целью под поясницу больного кладут плотный валик высотой 3 – 4 см, шириной 11 – 12 см, длиной 20 – 25 см. В течение первых 10 – 12 дней высоту валика постепенно и строго индивидуально увеличивают до 7 – 12 см. Головной конец кровати приподнимают до 30 – 40 см и с помощью лямок и ватно-марлевых колец в подмышках создают вытяжение. На 3 – 5-й день после этого больному разрешают (сначала с помощью обслуживающего персонала) переворачивается на живот (переразгибание сохраняется с помощью подушек, подложенных под плечи и верхнюю половину грудной клетки, или с помощью специальной подставки).

С первых дней поступления в стационаре при удовлетворительном общем состоянии больному назначают ЛФК. Задачи первого этапа ЛФК: улучшить психоэмоциональное состояние больного и повысить общий тонус организма, предотвратить развитие осложнений, связанных с постельным режимом, улучшить регенеративные процессы. На первом этапе (длительность около 2 недель) используются общеразвивающие упражнения для мышц конечностей и туловища, специальные и дыхательные упражнения. Вначале больной, двигая ногами, не должен отрывать пятки от постели (чрезмерное напряжение подвздошно-поясничной мышцы может вызвать боль в области перелома). Позднее добавляются упражнения на прогибание позвоночника и укрепление мышц передней поверхности голени, чтоб не отвисала стопа. Темп движений медленный и средний. Во время занятия ЛГ лямки для вытяжения снимаются. Длительность одного занятия 10 – 15 мин, но проводится они 3 – 4 раза в день.

Во втором этапе, продолжающемся в среднем 4 недели, задачами ЛФК: стимуляция регенеративных процессов, формирование и укрепление мышечного корсета, нормализация деятельности внутренних органов. В занятия включаются упражнения, интенсивно воздействующие на мышцы верхних и нижних конечностей, туловища и особенно спины. Физические упражнения больные выполняют лежа на спине и животе. Переходу в положение на живот больных следует специально обучать: для поворота через левое плечо больной сдвигается к правому краю кровати, кладет правую ногу на левую, руками скрестно захватывает спинку кровати – правая над левой (левая – хватом снизу, правая – сверху) и делает поворот с напряженной спиной. Освоив технику поворота, больной должен несколько раз в день менять положение тела на спине и животе. Во второй половине периода для стимуляции подвижности позвоночника в занятия добавляются наклоны туловища в стороны и ротационные движения, прогибания позвоночника. Наклонять туловище вперед нельзя. В момент прогибания грудной отдел позвоночника не должен оставаться кифозированным, плечи надо разводить до соединения лопаток.

Выполняя движения ногами, больной уже может отрывать их от постели и поднимать до 45о. в занятия необходимо включать упражнения для тренировки вестибулярного аппарата, т.е. различные наклоны, повороты и круговые движения головой в сочетании с движениями верхних и нижних конечностей.

В процессе занятий нагрузка увеличивается, но больной делает паузы для отдыха, обращая внимание на правильное дыхание, отсутствие его задержек. Длительность занятий – 20 – 25 мин. Упражнения для укрепления отдельных мышечных групп желательно повторять 3 – 4 раза в день по 10 – 15 мин.

На третьем этапе ЛФК, который продолжается около 2 недель, стоят следующие задачи: продолжать стимулировать регенеративные процессы в области перелома, увеличивать силу мышц, формирующих мышечный корсет, постепенно приспосабливая позвоночный столб к вертикальным нагрузкам.

Кроме упражнений лежа на спине и животе включаются движения стоя на коленях, которые способствуют восстановлению статокинетических рефлексов, тренировке вестибулярного аппарата, улучшению подвижности позвоночника и адаптации его к вертикальным нагрузкам. Чтобы стать на колени, больной передвигается к головному концу кровати, который опущен, берется руками за спинку, и, опираясь на руки, выпрямляется. В этом положении он может выполнять упражнения по всем осям позвоночного столба, за исключением наклонов туловища вперед. Продолжительность занятия до 30 – 45 мин. Перечень специальных упражнений при компрессионном переломе грудных и поясничных позвонков в третьем периоде ЛФК следующий:

Исходное положение коленно-кистевое.

1. Поочередное отведение рук в стороны с одновременным подниманием головы.

2. Поочередное поднимание прямых рук вверх с одновременным подниманием головы.

3. Поочередные круговые движения прямыми руками с поворотом головы в одноименную сторону.

4. Поочередное поднимание прямых ног назад.

5. Поочередное поднимание прямых рук вверх с одновременным подниманием противоположной ноги назад.

6. Поочередное поднимание прямых рук вверх с одновременным подниманием одноименной ноги назад.

При выполнении указанных упражнений спина должна быть прогнута; принятое положение рук и ног удерживать 5 – 7 с.

7. Передвижение на четвереньках вперед, назад.

8. Передвижение на четвереньках по кругу вправо и влево.

Исходное положение стоя на коленях.

1. Руки к плечам. Круговые движения в плечевых суставах вперед и назад.

2. Наклоны туловища вправо и влево.

3. Руки на пояс. Поворот направо, правую руку в сторону. То же налево.

4. Ноги на ширину плеч, руки к плечам. Поворот направо, руки вверх и сторону. То же налево.

5. Передвижение на коленях вперед и назад.

6. Передвижение на коленях по кругу вправо и влево.

Все упражнения должны выполняться с прогнутой поясницей и небольшой задержкой в крайней точке движения.

Четвертый этап начинается через 2 месяца после травмы. Больного переводят в вертикальное положение стоя из положения стоя на коленях. После его адаптации к вертикальному положению начинают применять дозированную ходьбу, постепенно увеличивая ее продолжительность. Вначале рекомендуется вставать 2 – 3 раза в день и ходить не более 15 – 20 мин. При ходьбе необходимо следить за осанкой больного, обращая внимание на то, чтобы позвоночный столб в области повреждения был лордозирован. Помимо ходьбы в специальных упражнений в разгрузочных положениях (лежа, на четвереньках, на коленях) начинают применять упражнения в положении стоя. При этом очень важно укреплять мышцы ног и особенно стопы. Упражнения для туловища выполняются с большой амплитудой в различных плоскостях, исключаются только наклоны вперед. К концу третьего месяца после травмы продолжительность ходьбы без отдыха может достигать 1,5 – 2 ч, сидеть больному разрешается через 3 – 3,5 месяца после травмы (вначале по 10 – 15 мин несколько раз в день). Обязательными при этом является сохранение поясничного лордоза. В это же время разрешается выполнять наклоны туловища вперед, но сначала с напряженной прогнутой спиной. Особенно эффективно функции позвоночника восстанавливаются при плавании и упражнениях в бассейне.

При переломах в грудном и поясничном отделах позвоночника для профилактики пролежней спину и ягодицы больного обрабатывают камфорным спиртом поглаживающими и растирающими движениями. В подостром периоде проводят массаж нижних конечностей и сегментарно-рефлекторный массаж паравертебральных зон грудных и поясничных сегментов, полезен массаж в теплой воде. В последующем используется разминание в сочетании с поглаживанием и потряхиванием мышц спины и ягодиц. В конце лечения можно рекомендовать общий массаж.

Физиотерапевтическое воздействие при переломах осуществляется по общепринятой методе с преимущественным использованием электро-, свето- и теплолечения. После иммобилизации для уменьшения болей у больного применяют слабоэритемные УФО выше места перелома, УВЧ слаботепловойинтенсивности через гипс по 10 – 15 мин ежедневно (10 – 12 процедур), индуктотермия на область перелома 15 – 20 мин, ежедневно до 12 процедур, облучение лампой соллюкс или с помощью электросветовых ванн (33 – 36оС). Со 2 – 3-й недели назначают ультразвук на область перелома по 10 мин ежедневно (12 процедур). Хорошее воздействие оказывает электрофорез с кальцием на область перелома в чередовании с фосфором 20 – 30 мин ежедневно (до 15 процедур). Курс лечения – 2 – 3 месяца.

Через месяц после травмы применяют парафиновые, озокеритовые (48 – 50оС) и грязевые (40 – 42 оС) аппликации. После снятия гипсовой повязки проводят электростимуляцию функционально ослабленных мышц. При тугоподвижности суставов в результате длительной иммобилизации перед занятиями ЛФК назначают ДДТ (токи Бернара) на область перелома, применяя модулированный ток – короткими периодами по 4 мин (6 – 8 процедур). Через 5 – 6 недель в лечебный комплекс включают общие ванны: йодобромные, хлоридо-натриевые, шалфейные.

После выписки из стационара лечение необходимо продолжать в амбулаторных или санаторно-курортных условиях, систематически занимаясь специализированной лечебной физкультурой и восстанавливать адаптацию к нагрузкам, идентичным основному виду деятельности больного. К легкой работе можно приступать через 4 – 5 месяца после травмы, а к тяжелой – через 10 – 12.

**2. Переломы таза**

Повреждения таза возникают при сдавливании его в сагиттальной или фронтальной плоскостях, во время автоаварий, при обвалах, при падении с высоты и т.д. Они составляют 2 – 5% всех переломов костей скелета у взрослых и 4,35 – 6% у детей. Переломы костей таза делят на открытые и закрытые, с повреждением и без повреждения тазовых органов. Отдельную группу составляют огнестрельные ранения, которые протекают очень тяжело, что обусловлено одновременным повреждением крупных сосудов, нервов и органов, расположенных в полости таза.

Переломы, не сопровождающиеся повреждениями суставов тазового кольца, не вызывают осложнений со стороны нервной системы, а также расстройств в статике и динамике и обычно быстро излечиваются консервативными методами. Осложненные переломы, как правило, бывают множественными и сопровождаются повреждением суставов тазового кольца, сосудов, нервов и органов таза, поэтому протекают значительно тяжелее. Наиболее частой локализацией переломов таза являются его передние отделы. Различают следующие виды переломов таза:

– краевые переломы костей таза (отрыв передневерхней ости подвздошной кости); поперечные и продольные переломы крыла повздошной кости; переломы копчика, переломы крестца;

– переломы костей таза без нарушения его непрерывности;

– переломы костей таза с нарушением его непрерывности (переломы типа Мальгеня – вертикальный перелом двух повздошных, двух лонных и седалищных костей);

– переломы вертлужной впадины;

– переломы таза в сочетании с повреждениями тазовых органов;

– комбинированные переломы.

Пострадавшие с переломами костей таза являются тяжелыми больными, состояние которых зависит от степени и характера повреждения тазовых органов. Множественные переломы таза, как правило, сопровождаются шоком.

При переломе горизонтальной ветви лобовой кости у больного отмечается симптом прилипшей пятки, когда больной не может оторвать от постели пятку выпрямленной ноги, но самостоятельно удерживает ногу, приподнятую кем-либо. Для перелома обеих лобковых и седалищных костей и вертикальных переломов таза характерно положение «лягушки» (симптом Волковича), при котором колени согнуты и разведены. При разрыве лонного сочленения ноги согнуты в коленных суставах и приведены.

В большинстве случаев больных с переломами костей таза лечат консервативно. При изолированном переломе одной кости или костей тазового кольца (в любом варианте) больного укладывают на постель с деревянным щитом, ноги кладут на валик диаметром 60 – 80 см (в зависимости от роста) так, чтобы угол сгибания в коленных суставах был 140о, пятки ног соединены, колени разведены (положение «лягушки»), ножной конец кровати поднимают на 30 см от пола, под голову подкладывают обычную подушку. Такое положение больного способствует расслаблению мышц, прикрепляющихся к костям таза, сопоставлению отломков и уменьшению болевых ощущений.

При разрыве лонного сочленения ноги больного укладывают на валик параллельно, тазовая область фиксируется поясом Гильфердинга. При переломе вертлужной впадины накладывают скелетное вытяжение (спицу вводят за мыщелки бедра или большеберцовой кости). Больного укладывают на кровать с щитом, ногу с поврежденной стороны – на шину Беллера. Величина груза (5 – 8 кг) зависит от состояния головки бедра в вертлужной впадине и тяжести повреждения. При переломе типа Мальгеня одна половина костей таза смещена кверху. Скелетное вытяжение с грузом 7 – 10 кг накладывается на конечность со стороны смещения, а при двусторонних смещениях – с двух сторон, с большим грузом с той стороны, которая больше смещена. Смещение контролируется рентгенографически и корригируется величиной груза. Помимо скелетного вытяжения накладывается пояс Гильфердинга.

ЛФК назначается на 2-й день после травмы и подразделяется на три периода длительность которых зависит от характера переломов.

Первый период ЛФК длится до момента, когда больной может поднять прямые ноги вверх, выше валика и перевернуться на живот. Задачи ЛФК в первом периоде:

– способствовать повышению общего тонуса организма;

– способствовать расслаблению мышц тазового пояса для правильной консолидации отломков и снятия болевых ощущений;

– ликвидировать кровоизлияние и отечность;

– восстановить мышечный тонус нижних конечностей (больной не может поднять прямую ногу вверх выше валика);

– нормализовать работу кишечника, органов выделения и кровообращения, улучшить обмен вещества;

– укрепить мышцы плечевого пояса, спины;

– обеспечить профилактику контрактуры суставов и атрофии мышц.

Под руководством инструктора ЛФК больной ежедневно занимается ЛГ. После обучения больного специальным упражнениям рекомендуется выполнять их самостоятельно по 6 – 8 раз в течение одного занятия, 3 – 4 раза в день.

Комплекс специальных упражнений при переломе костей таза в первом периоде ЛФК (исходное положение – лежа на спине, прямые ноги на валике):

1. Согнуть пальцы ног, выпрямить (8 – 10 раз).
2. Поочередно, отрывая пятку от кровати, поднимать голень до высоты валика. Затем то же, но поднимая обе голени одновременно (6 – 8 раз).
3. Всевозможные движения в голеностопных суставах: согнуть стопу на себя, от себя, наклонить ее вправо (6 – 8 раз).
4. Подтянуть левую ногу к животу, согнуть ее в коленном и тазобедренном суставах, то же правой ногой (8 – 10 раз каждой ногой).
5. Отвести левую ногу в сторону, затем вернуться в исходное положение. То же – правой ногой (8 – 10 раз каждой ногой). Упражнение противопоказано при разрыве лонного сочленения.
6. Поднять правую ногу вверх, затем левую, потом обе одновременно (8 – 10 раз).

Задачи ЛФК второго периода:

– повысить общий тонус организма;

– восстановить мышечный тонус нижних конечностей;

– укрепить мышцы спины и тазовой области;

– нормализовать работу кишечника, органов выделения и кровообращения, улучшить обмен веществ.

ЛФК этого периода способствует укреплению мышц нижних конечностей и тазового пояса, создавая тем самым устойчивое положение тазового кольца. Период начинается с поворота на живот и длится до вставания и хождения. Переход из положения лежа на спине в положение лежа на животе осуществляется следующим образом: лежа на спине больной должен передвинуться на край кровати с поврежденной стороны; ногу, которая ближе к краю кровати, положить на другую ногу и быстро повернуться на живот.

Комплекс специальных упражнений при переломах костей таза во втором периоде ЛФК. Исходное положение – лежа на животе и на подушке, верхний конец которой находится на уровне гребешков подвздошных костей и пупочной линии, руки вдоль туловища, упираясь ногами.

1. Согнуть ноги в коленях, затем максимально выпрямить (6 – 8 раз).
2. Поднять прямую правую ногу вверх, опустить, затем левую (8 – 10 раз).
3. Согнуть правую ногу в колене и выпрямить. То же левой ногой (6 – 8 раз каждой ногой).
4. Ноги выпрямлены, одновременно поднять голову, грудь вверх, руки отвести назад, вернуться в исходное положение (6 – 8 раз).
5. Ноги прямые, носки оттянуть, одновременно поднять ноги и опустить (6 – 8 раз).
6. Руки прижать к туловищу, одновременно поднять ноги, туловище, голову, руки отвести назад (6 – 8 раз).
7. Опираясь на предплечья, выгнуть спину, затем прогнуть (8 – 10 раз).
8. Выпятить живот и втянуть (8 – 10 раз).
9. Выпрямить и поднять правую ногу вверх, вернуться в исходное положение, то же левой ногой (8 – 10 раз).
10. Левым коленом достать локоть левой руки, затем левую ногу выпрямить и поднять вверх-назад и вернуться в исходное положение, то же правой ногой (6 – 8 раз каждой ногой).
11. Сесть на пятки и вернуться в исходное положение (8 – 10 раз).
12. Выгнуть спину, сблизив лотки и колени, затем вернуться в исходное положение (6 – 8 раз).
13. Правым коленом достать локоть правой руки, затем левым коленом локоть левой руки (6 – 8 раз).
14. Сесть на пятки, вытянуть руки и вернуться в исходное положение (8 – 10 раз).
15. Передвинуть правое колено к кисти левой руки и вернуться в исходное положение, то же левой ногой к правой руке (6 – 8 раз каждой ногой).
16. Упираясь коленями и носками ног и перебирая прямыми руками, переместиться вправо, затем влево (6 – 8 раз в каждую сторону).
17. Поднять правую руку, отвести ее в сторону и вернуться в исходное положение, то же левой рукой (8 – 10 раз).
18. «Перешагивать» прямыми руками вперед и назад к коленным суставам, выпрямляя и округляя спину (8 – 10 раз).
19. Подняв руки, голову и туловище, встать на колени, затем вернуться в исходное положение (6 – 8 раз).

Переходить из положения лежа на животе в положение стоя разрешается через 4 – 8 недель после травмы при условии, что лежа на спине больной может свободно выполнять следующие упражнения: поднять прямые ноги вверх, на весу согнуть их в коленях и подтянуть к животу, выпрямить на весу, развести в стороны (это движение не делают при разрыве лонного сочленения), соединить и опустить на кровать.

Встать с кровати из положения лежа на животе поперек нее можно так: опираясь на руки, спустить обе ноги на пол на носки и передвигать руки к краю кровати, одновременно опускаясь на всю ступню; когда стопы будут полностью стоять на полу, выпрямиться и перенести руки на пояс.

Задачи ЛФК в третьем периоде:

– создать предпосылки для перехода в положение стоя;

– восстановить нормальную походку.

Когда больной может поднимать ноги высоко от пола (руки на поясе), он начинает медленно передвигать ноги вперед (несколько первых дней), постепенно переходя на ходьбу обычным шагом. Для освоения ходьбы рекомендуются упражнения в положении стоя: ходьба на носках, на пятках, с движением рук в разных направлениях, полуприсев, боком, назад, скрестным шагом; маховые движения ногами в тазобедренных суставах; сгибание ног к животу; упражнения на гимнастической стенке (лазание, приседание, отжимание). Сидеть разрешается при условии, если после двухчасового пребывания на ногах больной не ощущает тяжести в ногах и боли в области перелома. В положении сидя выполняют упражнения для нижних конечностей, в первую очередь движения в тазобедренных суставах во всех направлениях. При разрыве лонного сочленения отведение ног в сторону и приседание с разведенными ногами противопоказаны в течение 6 – 8 месяцев после травмы.

В занятиях ЛГ продолжают укреплять мышцы нижних конечностей, тазового пояса, корпуса, тренируют вестибулярный аппарат. Такие занятия подготавливают больного к вставанию и ходьбе, больные обучаются правильной походке, подготавливаются к бытовым нагрузкам и самостоятельным занятиям дома. В третьем периоде при любых переломах костей таза полезна ЛГ в бассейне. Особенно эффективна ходьба (обычная, скрестным шагом, полуприсев), маховые и круговые движения в тазобедренных суставах, отведение ног в сторону, сгибание их к животу, приседания, поочередное поднимание прямых ног в воде, повороты стоп носками внутрь и наружу.

Помимо занятий ЛГ на заключительном этапе больному рекомендуются прогулки с постепенным увеличением времени пребывания на ногах. При выписке из стационара больному следует продолжать самостоятельно занятия ЛГ. Комплексы ЛГ (по периодам) больные с переломами костей таза осваивают в различные сроки в зависимости от характера и сложности перелома.

При сложных переломах костей таза со смещением отломков больному накладывают вытяжение. Если поражение одностороннее – дается большое количество разнообразных упражнений для ноги со стороны, противоположной травме: сгибание пальцев, разгибание стопы, вращение в голеностопном суставе, разгибание и сгибание ноги в коленном суставе с помощью блока, статическое напряжение мышц всей ноги и четырехглавой мышцы бедра со стороны травмы. Если вытяжение наложено по поводу перелома вертлужной впадины, из занятия исключаются специальные упражнения в статическом напряжении мышц, перекидывающихся через тазобедренный сустав. Это делается для того, чтобы сохранить диастаз между головкой бедра и вертлужной впадины.

При разрыве лонного сочленения больной должен лежать на жесткой постели, под колени ему подкладывают валик или под ноги – две шины Цито. В обоих случаях ноги укладывают параллельно. При больших диастазах используют пояс Гильфердинга. За основу занятий ЛГ принимается выше описанная методика с некоторыми изменениями. Добавляется и.п. лежа на боку, начиная со второго периода. Дается много упражнений, способствующих укреплению ягодичных мышц. Разведение ног в сторону резко ограничивается.

Реабилитация больных с переломами костей таза помимо ЛГ, упражнений в воде состоит также из массажа, физиотерапевтических процедур и при необходимости психотерапевтической коррекции.

Специально разработанной методики массажа не существует, несмотря на это сеанс массажа начинается совместно с ЛГ и проводится на двух участках:

– сегментарно-рефлекторный массаж проводится по паравертебральным зонам поясничных и крестцовых сегментов;

– массаж мышц окружающих тазовую область, – поглаживание, разминание и потряхивание; растирание суставных элементов, костных выступов.

Физиотерапевтические средства реабилитации при переломах таза в основном те же, что и при переломах позвоночника.