

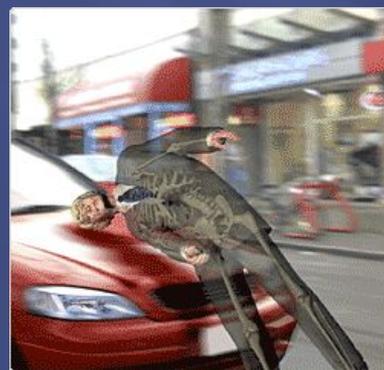


Физическая реабилитация
при диафизарном
переломе
бедренной кости

Диафизарные переломы бедренной кости

возникают при воздействии значительной внешней силы, обладающей большой энергией:

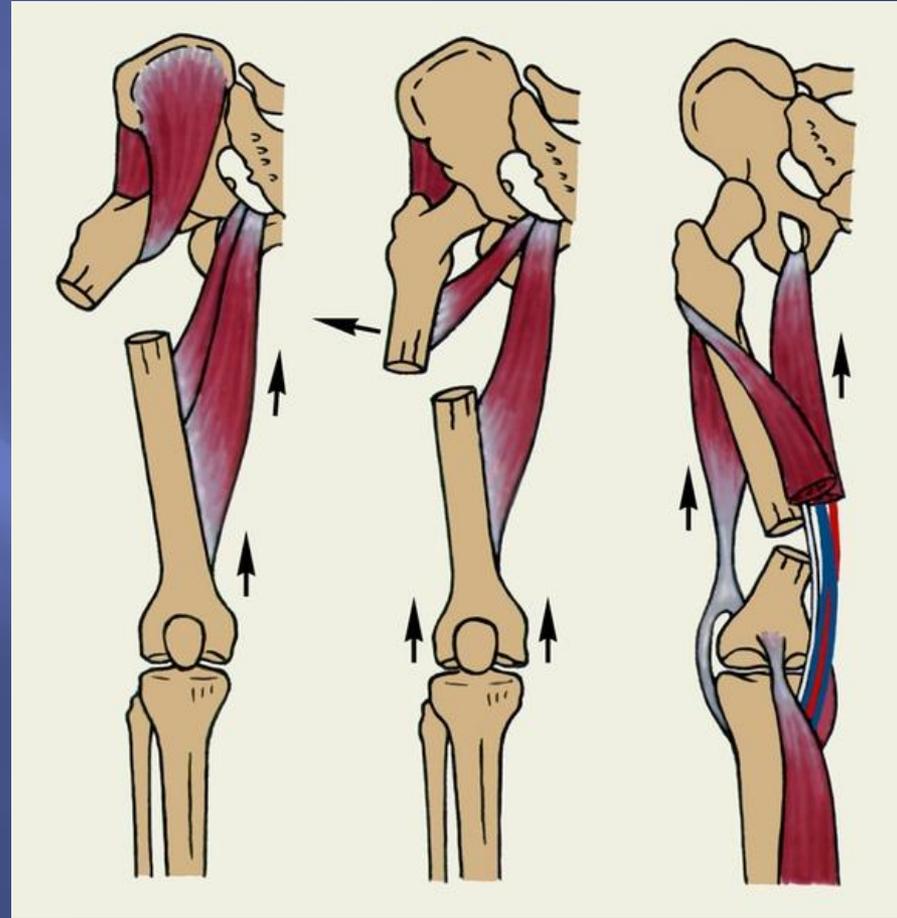
- удар падающим тяжелым предметом
- удар движущимся автотранспортом
- удар при падении с высоты
- удар при спуске на лыжах с горы и т. д.



Они могут быть в верхней, средней и нижней третях бедра.

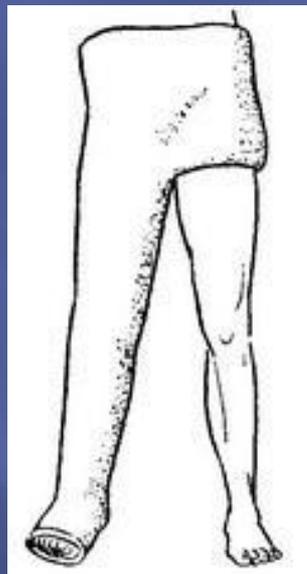
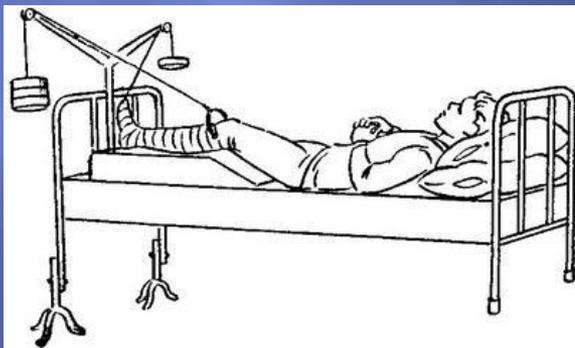
У больного при осмотре выявляются значительная припухлость в области повреждения и ротация конечности кнаружи.

При измерении бедра определяется его укорочение.



Лечение осуществляется двумя способами:

методом скелетного вытяжения за область бугристости большеберцовой кости (с грузом от 2 до 10-15 кг, в течении 1-3 недель) с последующим наложением на 1,5-2,5 месяца тазобедренной гипсовой повязки.



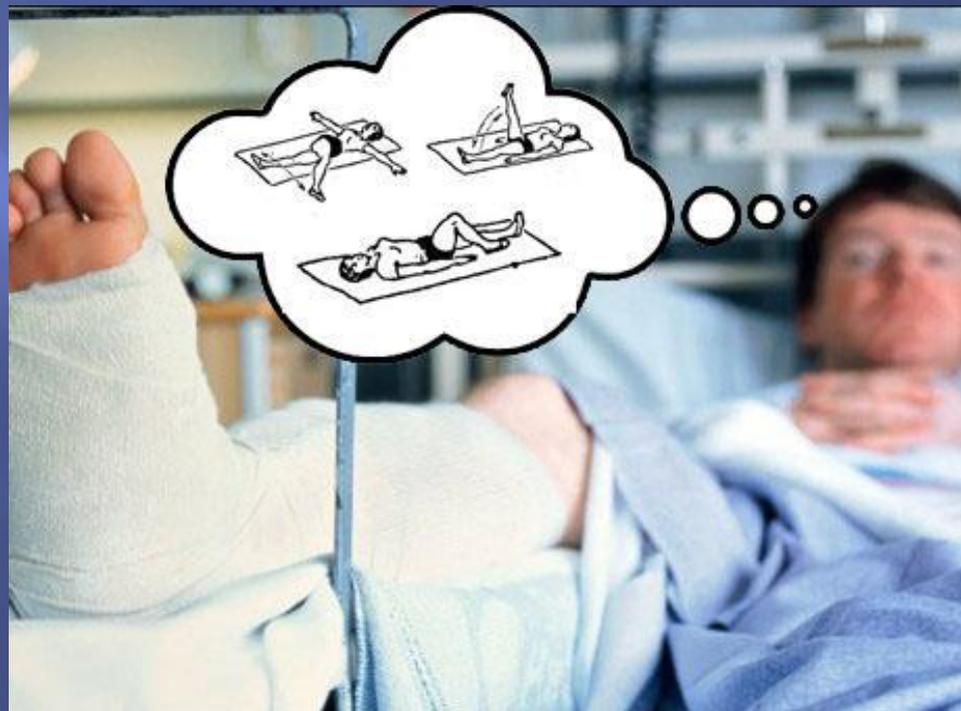
оперативным соединением отломков с помощью металлического стержня.



ЛФК при диафизарном переломе бедра

ЛФК назначают на 2-3-й день после наложения скелетного вытяжения или оперативного вмешательства (первый период).

Содержанием занятий лечебной гимнастикой являются общеразвивающие и дыхательные упражнения, движения в суставах неповрежденной конечности (выполняются в полном объеме), специальные упражнения для травмированной конечности: сгибание и разгибание пальцев, всевозможные движения в голеностопном суставе, воображаемые движения в коленном и тазобедренном суставах.



Очень важны упражнения, сохраняющие подвижность в коленном суставе.

При металлостеосинтезе

активные движения без приподнимания стопы от постели можно начинать с первых дней после операции.

На 9-10-й день после снятия швов больные могут активно поднимать оперированную конечность и самостоятельно выполнять движения в коленном суставе. В этот же период рекомендуется сидеть на кровати с опущенными ногами.

Через 2-3 недели разрешается ходить с костылями.

При скелетном вытяжении

движения в коленном суставе следует начинать в конце первого месяца после травмы.

С помощью методиста можно осторожно выполнять сгибание и разгибание.

К концу второго месяца необходимо обучать больных самостоятельно поднимать поврежденную конечность и выполнять движения в коленном суставе. Больные с первых же дней должны уметь поднимать таз и садиться в постели с помощью балканской рамы, специальных ремней и других приспособлений.

После наложения гипсовой повязки и перехода больного в вертикальное положение общеукрепляющие упражнения можно выполнять в положениях лежа на спине, на животе, на боку, сидя и стоя.



С целью профилактики плоскостопия на здоровой конечности, которое может развиться в результате длительной перегрузки, проводится интенсивная лечебная гимнастика для укрепления мышц сводов стопы.

Изометрические напряжения мышц под гипсовой повязкой сочетаются с воображаемыми движениями в иммобилизованных суставах.



Когда больные приступают к ходьбе на костылях, очень важно с самого начала восстановить у них правильную походку.

Обучение ходьбе нужно начинать с медленных шагов вначале на ровном месте, а затем по лестнице.



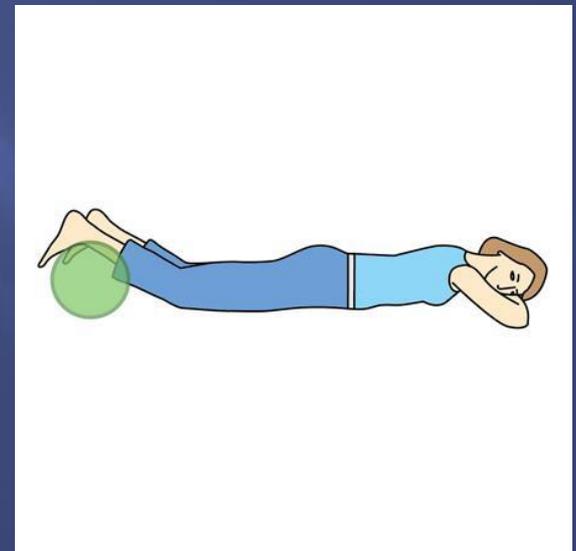
При гипсовой иммобилизации длина больной конечности несколько увеличивается, и это затрудняет восстановление правильной походки. Чтобы уравнять длину обеих ног, целесообразно увеличить толщину подошвы обуви для здоровой конечности.

Лечебная физическая культура во втором периоде

направлена на стимуляцию регенеративных процессов в области перелома, устранение вторичных изменений в суставах и мышцах поврежденной конечности и тренировку ее опорной функции.

В занятия включаются специальные упражнения, обеспечивающие восстановление подвижности в коленном и голеностопном суставах.

В конце занятия рекомендуется укладывать больного на живот с согнутым коленным суставом и опорой голени на шину, валик или приподнятый головной конец кушетки.





Большое внимание следует уделять восстановлению силы и выносливости мышц поврежденной конечности, особенно четырехглавой мышцы бедра.



Тренировать четырехглавую мышцу бедра можно и без осевой нагрузки на поврежденную конечность. Для этого лучше использовать положение сидя, при котором удастся более дифференцированно воздействовать на данную мышцу.

Во втором периоде следует широко использовать бассейн. При температуре воды 32-34° создаются наиболее благоприятные условия для восстановления опорно-двигательной функции травмированной ноги.

Занятия в лечебном бассейне дают возможность обеспечить оптимальную величину осевой нагрузки за счет погружения больного на определенную глубину.

Особенно эффективны занятия в воде при восстановлении правильного механизма ходьбы: они позволяют значительно сократить сроки восстановления полной амплитуды движений в суставах, подвергавшихся иммобилизации.



В третьем периоде решаются задачи устранения остаточных нарушений функции суставов и мышц, механизма ходьбы, восстановления координации, силовых и скоростных качеств. Все это способствует адаптации поврежденной конечности к различным двигательным режимам (ходьбе, бегу, прыжкам и т. п.) и подготовке больного к основному виду деятельности.

После того как больной начал самостоятельно ходить, необходимо включать в занятия нагрузки со спортивной направленностью, элементы ускоренной ходьбы, беговые и прыжковые упражнения.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!