

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В РЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Поддубный А. М., Половинка Д. Ф., студ. 4-го курса, Шищук А. В., студ. 2-го курса
Научный руководитель - д-р мед. наук, проф. В. Д. Шищук, канд. мед. наук, доц. Б. И. Щербак
СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и НС*

Тезисный обзор является вторым фрагментом научно-исследовательской работы кафедры травматологии, ортопедии и неотложных состояний медицинского института СумГУ «Реабилитационное лечение больных с сочетанной травмой» (№ государственной регистрации 0110 U 007597).

Характерной особенностью сочетаемых травм является то, что среди них доминируют повреждения черепа, груди, живота.

ЛФК при сочетанных травмах черепа

Под черепно-мозговой травмой (ЧМТ) понимают повреждения черепа и внутричерепного содержимого (головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, черепных нервов) механической энергией. Среди причин инвалидизации пациентов вследствие травм на долю ЧМТ приходится 25-35%. В связи с этим организация адекватной реабилитационной помощи больным, перенесшим ЧМТ, является важной медико-социальной задачей.

Реабилитационные мероприятия начинают по окончании острейшего периода, в течение которого реаниматологами, нейрохирургами и травматологами проводится интенсивная терапия и необходимые нейрохирургические вмешательства, направленные на спасение жизни пострадавшего, предупреждение либо коррекцию внутричерепной гипертензии и других факторов вторичного повреждения мозга.

Реабилитацию начинают по мере стабилизации витальных функций. В острый период ЧМТ реабилитологами решаются следующие задачи: создание максимально благоприятных условий для течения реституционно-регенеративных процессов в головном мозге, профилактика и лечение осложнений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем, профилактика вторичных контрактур паретичных конечностей.

В остром периоде ЧМТ особое внимание уделяют дыхательным упражнениям, лечению положением, пассивным и полуактивным методам лечения с постепенным увеличением двигательных нагрузок. Противопоказаниями к проведению дыхательных упражнений являются грубые сердечно-сосудистые расстройства: значительная неустойчивость артериального давления, выраженная сердечная недостаточность. Методической особенностью при выполнении этих упражнений у больных с ЧМТ является стремление к достаточной вентиляции, но не гипервентиляции, поскольку последняя может спровоцировать эпилептические припадки.

При угнетении сознания применяют пассивные упражнения, выполняемые методистом ЛФК и направленные на стимуляцию выдоха (общая длительность занятий – 10-15 мин несколько раз в сутки). По мере восстановления сознания и активности больных переходят к пассивно-активным (по 12-15 мин несколько раз в день) и активно-пассивным дыхательным упражнениям.

Лечение положением начинают по мере исчезновения угрозы для жизни больного и применяют как для отдельных конечностей и мышечных групп (локальная методика) так и для корпуса и конечностей в целом (общая методика). Варианты укладок зависят от характера двигательных нарушений.

Массаж также является неотъемлемой частью реабилитационных мероприятий, проводимых в остром периоде ЧМТ. Его проведение начинают по мере стабилизации жизненно важных функций. Применяют как обычный массаж, направленный на нормализацию функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем, так и специальные методики, способствующие снижению мышечного тонуса. Методической особенностью массажа является крайне ограниченное его применение при аневризмах сосудов головного мозга, а также в послеоперационный период при угрозе развития периферических тромбофлебитов. В последнем случае массаж начинают с проксимальных отделов, не достигая большой интенсивности.

ЛФК при сочетанной травме груди

Реанимационный период характеризуется более выраженными общими сдвигами в организме, тяжелыми нарушениями жизненно важных функций, в первую очередь дыхательной системы.

ЛФК применяют сразу после выведения больного из шокового состояния. Относительными противопоказаниями к проведению ЛФК являются: клапанный или напряженный пневмоторакс, нарушения прохождения крупных бронхов, приводящие к ателектазу, двухсторонние множественные повреждения реберного каркаса, которые приводят к парадоксальной экскурсии грудной клетки, угроза или наличие кровотечения, коллапс, острая сердечная недостаточность, высокая температура тела.

У больных, находящихся на управляемом дыхании, применяют лечение положением (головной конец высоко приподнимают, конечности укладывают в функционально выгодное положение). В связи с повреждением грудной клетки каждые 2-3 ч проводят сегментарный массаж. Продолжительность процедуры 7-8 минут. При переходе на спонтанное дыхание часто меняют положение тела, при этом более длительно задерживают пострадавшего на здоровом боку с целью стимуляции дыхания на поврежденной стороне. При поворотах на бок проводят сегментарный массаж задней поверхности грудной клетки. Сегментарный массаж выполняют 2-3 раза в течение дня, чередуя его со статическими дыхательными упражнениями грудного, брюшного типа, полным дыханием и откашливанием мокроты (дыхание с толчкообразным выдохом).

ЛФК при сочетанной травме живота

Лечебную гимнастику при сочетанной травме живота проводят только после окончательного установления клинического диагноза и проведении соответствующих хирургических вмешательств (с учетом противопоказаний).

Задачами лечебной гимнастики в реанимационном периоде являются: профилактика атонии желудочно-кишечного тракта, ускорение рассасывания гематом, инфильтратов, предупреждение спаечного процесса в брюшной полости. В занятиях применяют дыхательные и динамические упражнения для средних и мелких групп мышц. При атонии мочевого пузыря выполняют упражнения в статическом напряжении мышц брюшного пресса.