

Ранняя активизация начинается на 2 – 3 сутки от момента госпитализации с легкой гимнастики, в комплекс включаются статические и динамические дыхательные и общеразвивающие упражнения, охватывающие все мышечные группы. Для улучшения опороспособности неповрежденной ноги широко используются движения во всех суставах, изометрические упражнения для мышц бедра и голени. На 7 – 10 сутки больному разрешается садиться в постели, свесив обе конечности, и разработка контрактур сустава. Все упражнения выполняются до 5 раз в день без задержки дыхания.

К концу трех недель проводятся ортостатические пробы, разрешается вставать возле постели под контролем методиста, держаться за балканскую раму, без нагрузки на больную конечность. К концу четырех недель – больному разрешается ходить на костылях по палате, без нагрузки на больную конечность.

Лица пожилого возраста в обязательном порядке консультируются терапевтом, проводится симпатическое лечение, корригирующее соматическую патологию. Обязательно проводится курс общеукрепляющей, сосудистой, стимулирующей витаминотерапии.

Физиолечение проводится в различном объеме при отсутствии противопоказаний.

IX. РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Клинический случай. Ранение воротной вены

Демидов В.А.

Больной С., 45 лет, поступил в стационар 24 ноября 1998 года в 9 часов 44 минуты. Доставлен бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии, шок III. 24 ноября 1998 года, находясь в состоянии выраженного алкогольного опьянения, получил удар ножом в живот.

Объективно: состояние больного тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. АД 80/40 мм. рт. ст., пульс 102 удара в минуту. Живот вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальных симптомов нет. В эпигастральной области по средней линии имеется рана до 1,5 см с кровотечением.

Диагноз до операции: Проникающее ранение брюшной полости. Острая кровопотеря. Шок III. Больной взят в операционную.

Произведена срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости имеется выраженный спаечный процесс. С большими техническими трудностями желудок и кишечник отделены от печени. Взято на реинфузию около 1 литра крови. При ревизии на передней поверхности левой доли печени имеется рана до 2 см. Раневой канал идет к воротам печени. На нижней поверхности левой доли печени в 3 сегменте имеется рана до 2 см. В области печеночной связки имеется выраженная гематома, с большими техническими трудностями ворота печени выделены из спаек. При ревизии элементов связки выявлена рана передней стенки воротной вены до 0,5 см и рана правой желудочной артерии. Рана воротной вены ушита, правая желудочная артерия перевязана. Гемостаз достигнут. Рана печени ушита П-образными кетгутовыми швами. Отмечается выраженное венозное кровотечение из спаек, гемостаз при помощи гемостатической губки, тампон к воротам печени. Дренаж в малый таз. Швы на рану. Общая кровопотеря до 4 литров.

Послеоперационное течение тяжелое. Проводилась антибактериальная противошоковая, гемотрансфузионная терапия, белковая и энергетическая поддержка. Тампон удален на 8 сутки. В последующем из раны в месте тампона стала отходить желчь, через неделю сформировался желчный свищ. Больной выписан в удовлетворительном состоянии через 36 суток.

