

2. Дубогай О. В. Фізичне виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи / О. В. Дубогай, В. В. Завацький, В. П. Короп. – Луцьк : Надстир'я, 1996. – 222 с.
3. Спилбергер Ч. Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги / Ч. Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте : междунар. сб. науч. ст. – Москва : Физкультура и спорт, 1983. – С. 12–24.

## ЗАХОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

**Тетяна Цюпак<sup>1</sup>, Юрій Цюпак<sup>1</sup>, Віктор Драченко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Східноєвропейський національний університет ім. Лесі Українки,*

<sup>2</sup>*Комунальний заклад луцької міської клінічної лікарні, м. Луцьк*

**Постановка проблеми.** Враховуючи проведення антитерористичної операції на сході України, кількість ампутацій, викликаних пораненнями значно зросла. За даними військово-медичного департаменту Міністерства оборони, за весь час проведення антитерористичної операції на сході було поранено близько 5000 українських військовослужбовців. Більше половини з них мають серйозні поранення кінцівок, частині проведено ампутації, що потребує протезування в післяопераційному періоді [4]. Одночасно зростає кількість ампутацій нижніх кінцівок, пов'язаних з захворюванням на облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок та ускладненим цукровим діабетом, що вказує на актуальність проблеми у даний час.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема реабілітації осіб, що перенесли ампутацію кінцівок, є однією з найскладніших. Відновлення функцій, втрачених внаслідок ампутації кінцівок, має не тільки медико-соціальне, але й економічне значення.

Теоретичні основи загальноновизнаних шляхів реабілітації осіб з ампутацією кінцівок вивчені на достатньому рівні. До них в першу чергу відносяться різні форми лікувальної фізичної культури, фізіотерапія і масаж [1, 2, 3]. Але в практичному вирішенні даного питання відзначається значне відставання від теорії.

У всіх хворих, що перенесли ампутацію, крім фізичного каліцтва формуються різного ступеня психічні порушення, і лише дехто з осіб, які перенесли ампутацію звертаються за спеціалізованою допомогою. Зазвичай пси-

хологічна підтримка виявляється лікарями хірургічного профілю і не носить характер спеціалізованої допомоги [2].

**Метою роботи** є теоретична розробка та практична перевірка ефективності реабілітаційних заходів після ампутації нижніх кінцівок.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Ампутацію слід розцінювати як можливість збереження життя хворого, а засоби фізичної реабілітації направлені на якнайшвидше відновлення функції опори і пересування [1, 2].

Наші дослідження проводилося на базі міської клінічної лікарні м. Луцька, в якому взяли участь 12 чоловіків віком 40–50 років після ампутації нижньої кінцівки. У ході дослідження велось спостереження за станом пацієнтів для ефективної побудови програми фізичної реабілітації, що включала лікувальну фізичну культуру у формах дихальної гімнастики, фантомно-імпульсної гімнастики, лікувальної гімнастики, ходьби; масажу; фізіотерапії. Крім вищеперерахованих засобів на всіх етапах фізичної реабілітації включали психологічну реабілітацію, яка проводилась за нашими рекомендаціями психотерапевтом.

Сучасні технології дозволяють «підганяти» протез під кукси, а не навпаки, що дозволяє знизити рівень ампутованої кінцівки. Операції проводились під СМА (спинно-мозковою анестезією) з метою зменшення болю в післяопераційному періоді та фантомного болю в період реабілітації. З метою профілактики післяопераційних тромбоемболічних ускладнень застосовували цибор протягом 7–10 днів.

У ранній післяопераційний період використовували ЛФК на фоні медикаментозної терапії: дихальна гімнастика, вправи для здорової кінцівки, біоптрон – для зменшення запалення в місці ампутації та зменшення набряку. Рання активізація пацієнта починалась з 2–3 доби: застосовували пасивні, активно-пасивні рухи, сидання, самостійне виконання вправ, ізометричні напруження збережених сегментів ампутованої кінцівки; фізіотерапевтичні процедури: УВЧ; з 3–4 доби – масаж спини; з 5–6 доби – фантомно-імпульсну гімнастику, для профілактики атрофії м'язів кукси.

До остаточного формування кукси, з метою адаптації до повсякденних фізичних навантажень через 1–2 місяці використовували тимчасовий протез. Продовжили заняття з ЛФК малогруповим та самостійним методами. Пропонувався масаж кукси та збереженої кінцівки. Масаж кукси проводили

з максимальною обережністю, оскільки неправильне виконання прийомів може призвести до підвищення чутливості кукси; У випадку захворювання на цукровий діабет чи облітеруючий атеросклероз вкрай важливим залишались лікування основного захворювання.

Для визначення ефективності реабілітаційних заходів, була проведена діагностика показників фізичного стану та рівня тривожності пацієнтів. Результати показників рівня тривожності за опитувальником Тейлора на початку експерименту показували дуже високий рівень тривожності, який становив  $41,2 \pm 9,1$  бали при  $P > 0,05$ . Після застосування психофізичної реабілітації цей показник знизився до середнього рівня тривожності з тенденцією до високого і становив  $24,9 \pm 8,76$  бали при  $P < 0,05$ , що підтверджує ефективність використання реабілітаційних заходів.

В кінці експерименту знизились показники ЧСС з  $85,2 \pm 8,7$  уд./хв до  $80,3 \pm 4,7$  уд./хв при  $P > 0,05$ , що вказує на поліпшення діяльності серцево-судинної системи та її адаптацію до фізичних навантажень внаслідок систематичного застосування реабілітаційних засобів. В ході реабілітації дещо покращились показники артеріального тиску. Так з  $145,1 \pm 4,4/90 \pm 2,7$  мм. рт. ст. знизились до  $133,6 \pm 4,3/85,5 \pm 5,7$  мм. рт. ст. при  $P > 0,05$ .

Показники тонусу м'язів спини зазнали значної різниці у порівнянні з початковими даними. У кінці дослідження тонус м'язів спини збільшився на 1,4 бали. Результати дослідження активних рухів у кульшовому суглобі ампутованої кінцівки в кінці експерименту вказують на позитивну їх динаміку. Так, у порівнянні із здоровою кінцівкою амплітуда рухів у згинанні ампутованою у кульшовому суглобі досягла 85 %, у відведенні 82 % на початок користування протезом.

### **Висновки:**

1. Застосування запропонованих засобів фізичної реабілітації дозволило зменшити рівень тривожності пацієнтів, збільшити амплітуду рухів у кульшовому суглобі ампутованої кінцівки, знизити показники ЧСС, покращити показники артеріального тиску, збільшити тонус м'язів спини.

В подальшому плануємо продовжити дослідження щодо визначення ефективності використання засобів фізичної реабілітації після ампутації нижніх кінцівок, подальше удосконалення методики застосування засобів реабілітації залежно від індивідуальних особливостей пацієнтів.

*Література:*

1. Безмертний Ю. О. Медична реабілітація хворих з місцевим больовим синдромом в ампутаційних куксах нижніх кінцівок / Ю. О. Безмертний // Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів : матеріали наук.-практ. конф. – Дніпропетровськ, 2005. – С. 240–242.
2. Корсун С. Н. Влияние различных средств ЛФК на функциональное состояние организма и состояние культей у инвалидов / С. Н. Корсун, Н. А. Дудко // Валеология и физическая реабилитация в учебно-исследовательской работе : междунар. сб. науч.-метод. работ. – Белгород, 1996. – С. 293–305.
3. Курдыбайло С. Ф. Лечебная физическая культура после ампутации конечностей и при заболеваниях опорно-двигательной системы : метод. пособие / С. Ф. Курдыбайло, Г. В. Герасимов. – Санкт-Петербург, 2004. – 266 с.
4. ЯПлакал [Электронный ресурс. – Режим доступа: ]<http://www.yaplakal.com/forum3/topic925398.html>.