

УДК 616-071: 616. 718.5/6

ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ НА РІВНІ ГОМІЛКИ

Олександр ГЕРАСИМЕНКО

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація. Стаття присвячена проблемам обстеження осіб першого зрілого віку після ампутації нижніх кінцівок на рівні гомілки, організації максимально ефективного реабілітаційного процесу і механізмів його поточного контролю та корекції.

Ключові слова: реабілітація, ампутація, обстеження, нижня кінцівка, методика обстеження.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Останні десятиріччя характеризуються невпинним ростом травматизму в усіх індустріально розвинених країнах. Це пов'язано зі збільшенням кількості транспорту, підвищенням швидкостей його руху, розвитком висотного будівництва, механізацією виробництва та сільського господарства. Змінилася і структура травматизму. Так, значно зросла кількість множинних та поєднаних травм, відкритих переломів, травм, ускладнених травматичним токсикозом, і, відповідно зросла кількість станів, що є показанням для ампутації кінцівки. Такі пошкодження трапляються найчастіше у людей працездатного віку, що завдає значних економічних збитків державі, а також є великою соціальною проблемою.

За відомостями Г. А. Худоногової, В. С. Головина, 1997; А. Вехби, 1999; А. А. Соколова, 2000 та ін. причиною ампутацій нижніх кінцівок у людей молодого та середнього віку є травми.

Дослідження Л. В. Ситіна і співавторів, 1982; А. М. Іванова і співавторів, 1997 та ін. виявили, що здебільшого ампутації нижніх кінцівок в наслідок травм проводяться чоловікам віком 30 – 40 років.

Крім того, сучасні досягнення протезування та реабілітації таких хворих дозволяють відновити їх працездатність повністю або частково, нівелювати косметичні дефекти і повернути їх до нормального ритму життя, що є важливим не тільки з економічного боку, але і з морально-етичного (значно знижується кількість розлучень, випадків суїциду та психічних захворювань серед хворих після ампутації).

Добре відомо, що зменшення ваги тіла, судинного русла у наслідок ампутації не проходить безслідно. Дуже часто розвивається гіпокінетичний синдром, комплекс морфофункціональних і патологічних змін, порушень обміну, зниження витримки до фізичних навантажень, порушення координації та фізичної працездатності.

Для максимальної ефективності побудови реабілітаційного процесу постає актуальним питання розробки програми обстеження пацієнтів з ампутаціями нижніх кінцівок на рівні гомілки з урахуванням максимальної кількості показників, що впливають або можуть мати вплив на рівень відновлення втрачених функцій та вмінь.

Метою нашого дослідження є аналіз сучасних методик та компонентів обстеження осіб першого зрілого віку з ампутацією нижніх кінцівок на рівні гомілки.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення відомостей науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Аналіз професійної літератури і наш досвід свідчать, що завдання повного і швидкого відновлення осіб з ампутаціями нижніх кінцівок повинна вирішуватися в тісній співпраці лікаря і спеціаліста з фізичної реабілітації. Перший з них відпові

де за призначення і координацію всіх терапевтичних заходів, другий виконує левову частку роботи з пацієнтом [1].

На нашу думку, одним із важливих питань у співпраці лікаря та реабілітолога є відповідна діагностика патологічного сегменту і пацієнта в цілому [7].

Д. С. М'ятига (2009), вважає, що для досягнення оптимальних результатів відновного лікування після ампутації нижніх кінцівок вирішальне значення мають три чинники: хороша якість відповідний протез і програма реабілітації хворого. Ці чинники тісно пов'язані. Відсутність фізичних навантажень негативно відображається на рівні тренуваності, фізичній підготовленості і здоров'ї пацієнтів з ампутаціями. При цьому не тільки знижується працездатність, але і губляться специфічні навички [5].

Одним із компонентів структури практичної діяльності фахівця з фізичної реабілітації є обстеження та визначення функціональних порушень та обмежень пацієнта [3].

А. М. Герцик (2004) вважає, що для встановлення правильного реабілітаційного діагнозу, прогнозування та планування реабілітаційного втручання велике значення має проведення повноцінного реабілітаційного обстеження хворого та визначення його вихідного рівня [1].

Обстеження фізичний реабілітолог може починати лише на підставі скерування лікаря. Окрім медичного діагнозу, скерування повинно містити визначені лікарем застереження та протипоказання до виконання реабілітаційних заходів, які стосуються рухових режимів, амплітуди рухів, положень тіла, силових та функціональних навантажень. При обстеженні пацієнта з ампутацією нижніх кінцівок потрібно пам'ятати про цілісність організму як у фізіологічному, так і в біомеханічному плані. Аналізуючи думки зарубіжних фахівців (D. Magee, 1997, S. O'Sullivan, T. Schmitz, 200), А. М. Герцик пропонує таку схему реабілітаційного обстеження: спостереження, опитування пацієнта (суб'єктивне оцінювання), виконання тестів і вимірювань (об'єктивне оцінювання) [2].

Спостереження триває впродовж обстеження і всього курсу реабілітації. Необхідно спостерігати поставу, рухову поведінку хворого: спосіб переміщення і його симетричність, а також точність й акуратність рухів, компенсаторні рухи. Реабілітолог може виконувати формальне (коли пацієнт знає) і неформальне (коли пацієнт не знає) спостереження [2, 6, 8].

Важливою частиною комплексного обстеження пацієнта є опитування. Опитування проводиться згідно з певним планом. Спочатку збирають анамнез захворювання, потім анамнез життя з урахуванням можливого впливу спадковості, соціальних, сімейних та професійних чинників [2].

Форму бесіди і метод вивчення скарг повинен обирати реабілітолог відповідно до особливостей особистості хворого. При опитуванні варто попросити пацієнта конкретно, не перераховуючи перелічити всі скарги, а серед них виділити головні, що найбільше турбують і порушують працездатність хворого. При наявності больового синдрому необхідно з'ясувати локалізацію болю і його іррадіацію, тривалість (постійний чи періодичний), характер і динаміку больових відчуттів [6].

Анамнез життя дає повніше і загальніше уявлення про особливості організму пацієнта, що дуже важливо при індивідуалізації процесу реабілітації, а також при профілактиці ускладнень [4].

Реабілітолог повинен з'ясувати перенесені чи спадкові захворювання, травми, операції, наявність шкідливих звичок, умови праці та побуту, а також руховий статус хворого до операції. При зборі анамнезу необхідно розпитати про заняття пацієнта оздоровчою фізичною культурою або спортом, його спортивні результати, та пошкодження опорно-рухового апарату, необхідно звернути увагу на ефективність попередньої реабілітації, якщо така здійснювалася [1, 4].

На основі проведеного опитування реабілітолог має змогу скласти попереднє уявлення про пацієнта, його захворювання та післяопераційний стан і побудувати робочу гіпотезу. На основі об'єктивного обстеження проведеться в аспекті цієї гіпотези і дозволяє її підтвердити чи закинути як неправильну [4].

С. Ф. Курдибайло (2006), для визначення функціонального стану та прогнозованого рівня активності пропонує комплексну систему опитування та тестування.

Таблиця 1

Визначення належності інваліда до потенціальної групи рухової активності в період первинного протезування

Характер протікання основного захворювання, що призвело до ампутації	
Травма	4
Основне захворювання:	3
- в стадії регресії	
- стабілізації	2
- повільного прогресування	1
- швидкого прогресування	0
Рівень фізичного стану	
Ходьба на милицях більше як 3 години на день	4
Ходьба на милицях менше як 3 години на день	3
Ходьба на милицях не більше ніж 10 метрів, ходьба з ходунками	2
Переміщення тільки в інвалідному візку	1
Рівень ампутації сегменту кінцівки	
Нижня третина	3
Середня третина	2
Верхня третина (вилущення)	1
Обмеження здатності до самостійного пересування	
Незначне обмеження, пересування без сторонньої допомоги	3
Помірне обмеження пересування, періодична допомога сторонніх осіб	2
Виразне обмеження здатності пересуватися, постійна потреба в сторонній допомозі	1
Супутні захворювання дихальної, серцево-судинної, ендокринної систем, опорно-рухового апарату	
Немає	4
В стадії регресії	3
В стадії стабілізації	2
В стадії повільної прогресії	1
В стадії швидкої прогресії (з наявністю ускладнень: інфаркт, інсульт в анамнезі тощо)	0
Вік	
До 30 років	3
Від 30 до 50 років	2
Старше ніж 50 років	1
Вага тіла	
До 80 кг	3
Від 80 до 100 кг	2
Більше 100 кг	1
Економічна самостійність	
Утримує родичів	3
Економічно незалежний	2
Частково залежний	1
Повністю залежний	0
Соціально-побутовий статус	
Проживає у важкодоступних районах	3
Проживає в сільській місцевості	2
Проживає в межах міської смуги	1
ВСЬОГО	-

Отриманий результат автор пропонує поділити на дев'ять (кількість запитань) і таким чином ми будемо мати змогу отримати потенційний рівень активності пацієнтів з ампутацією нижніх кінцівок.

Об'єктивне обстеження осіб після ампутації нижніх кінцівок реабілітолог проводить для виявлення порушень функцій опорно-рухового апарату, та інших функціональних обмежень.

Обстеження пацієнта починають з загального огляду. Пальпаторно та візуально визначають наявність паталогічних змін на шкірі, місця зміни конфігурації і болючості м'язів, зв'язок, фасцій, фізичний стан, конституцію, поставу, положення тіла і ходу [4].

Положення пацієнта під час огляду можна оцінити як активне, пасивне і вимушене. Активним вважається положення, яке довільно обирає пацієнт без видимих обмежень [4, 6].

Дослідження м'язової сили здорового та паталогічного сегменту є важливим етапом реабілітаційного обстеження. Воно здійснюється насамперед для виявлення послаблених, гіпотонічних м'язів [8].

При дослідженні м'язової сили пацієнтів із травматичною ампутацією нижніх кінцівок необхідно обов'язково пам'ятати, що травматичне ушкодження нижніх кінцівок, як правило, супроводжується травмами інших частин тіла, а зокрема верхніх кінцівок, що в свою чергу впливає на оволодіння та використання технічних засобів реабілітації.

Слід зазначити, що існує багато способів виявлення м'язової сили, кожен з яких має свої переваги і недоліки застосування у фізичній реабілітації. Найбільшого розповсюдження набув метод мануального м'язового тестування (ММТ) за Ловеттом. При м'язовому тестуванні для кожного м'яза чи м'язової групи використовують специфічний тестовий рух, який виконується з певного вихідного положення. За характером виконання тестового руху та за опором, який при цьому долається, роблять висновки про силу і функціональні можливості м'язів [4].

ММТ передбачає виконання вольового напруження м'яза або групи м'язів; кількісне оцінювання проводиться за шестибальною системою:

- рух сегменту по повній амплітуді проти сили тяжіння з середнім (оцінка 4), або максимальним (оцінка 5) опором у кінці амплітуди;
- рух сегменту по повній амплітуді проти сили тяжіння без опору (оцінка 3), або без додання сили тяжіння та опору (оцінка 2);
- пальповане або видиме скорочення м'яза без руху (оцінка 1) або без видимого та пальпованого скорочення м'яза і руху (оцінка 0) [6].

Загальним правилом є обов'язкове двостороннє дослідження для порівняння даних, одержаних на здоровій та ураженій стороні.

На рівень відновлення функцій втраченої кінцівки значною мірою впливає амплітуда рухів кінцівок.

При дослідженні рухливості в суглобах визначають обсяг активних і пасивних рухів верхніх та нижніх кінцівок, а також наявність больових відчуттів при рухах. Спершу необхідно тестувати активні рухи, оскільки пацієнт їх виконує в обсязі, що не спричиняє больові відчуття, і, відповідно, вони безпечніші. Оцінювання цих рухів вкаже на гостроту ураження і вкаже фізичному реабілітологу необхідний об'єм пасивних рухів [8].

Вимірювання амплітуди рухів у суглобах проводиться методом гоніометрії, який розробив 1974 року студенти Бостонського університету [6].

Спершу проводять тестування здорової кінцівки, потім ураженої. Далі порівнюється обсяг руху в ураженому суглобі та симетричному йому здоровому, а також порівнюються ці показники з середніми значеннями амплітуди.

Об'єктивне обстеження осіб з ампутаціями кінцівок завжди повинне містити кількісне оцінювання больового синдрому. До шкал оцінювання болю, що набули найбільшого розповсюдження, належать візуальна аналогова шкала болю (ВАШ), шкала Лайтінена та комбінована шкала болю. Комбінована шкала болю є одним із найзручніших методів оцінювання інтенсивності больового синдрому пацієнтів. У цій шкалі для кількісної характеристики больового синдрому використовується поєднання візуальних, цифрових і вербальних шкал. Шкала є у вигляді горизонтальної лінії довжиною 10 – 15 см. Початкова точка лінії означає відсутність болю, кінцева — нестерпний біль. Над лінією розташовані слова – дискриптори, а під лінією – опірні числа від 0 до 10 [6].

Опірні слова полегшують вибір вихідного рівня болю, вони дозволяють точніше визначити кількісну характеристику болю, а відсутність розподілу на прямій лінії рятує пацієнта від прив'язаності до конкретних точок. Простота використання методу рангового шкального оцінювання дозволяє досить точно визначити кількісні характеристики болю і математично їх обробити. [6].

Висновок

Ампутація нижньої кінцівки багатогранна і складна патологія, що спричиняє значні морфофункціональні зміни в організмі людини. Отримання достовірних та інформативних вихідних показників патологічного сегменту та пацієнта в цілому, формування системи поточного контролю та корекції реабілітаційного процесу на різних етапах відновлення втрачених функцій є актуальним питанням для людей першого зрілого віку, що перенесли ампутацію нижньої кінцівки.

Розробка та апробація реабілітаційної карти обстеження для пацієнтів з ампутацією нижніх кінцівок є одним із напрямків наших подальших досліджень.

Список літератури

1. Герцик А. М. К вопросу построения реабилитационного процесса и контроля за его эффективностью / А. М. Герцик // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Сб. науч. тр. под ред. Ермакова С. С. – Харьков: ХГАДИ (ХОПИ), 2007. – № 5. – С. 55-62.
2. Герцик А. М. Можливості використання в Україні Канадського досвіду організації клінічної діяльності фахівців фізичної реабілітації / А. М. Герцик // Бюлетень Львівської обласної асоціації фахівців фізичної реабілітації. – Львів, 2004. Вип. 11. – С. 2-5.
3. Герцик А. М. Організаційно-методичні аспекти підготовки бакалаврів фізичної реабілітації в Канаді: метод. посіб. / А. М. Герцик. – Л.: Українські технології, 2005. – 112 с.
4. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – испр. и доп. – 272 с.
5. Клапчук В. В. Основы реабилитации, физиотерапии, лечебной физической культуры и массажа / за ред. Проф. В. В. Клапчука, проф. О. С. Полянської. – Чернівці: Прут, 2006. – 208 с.
6. Кобелев С. Ю. Фізична реабілітація осіб з травмою грудного та поперекового відділів хребта і спинного мозку: метод. посіб. / С. Ю. Кобелев. – Л.: ПП Сорока Т. Б., 2005 – 90 с.
7. Мачерет С. Л. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: підручник / С. Л. Мачерет, І. Л. Довгий, О. О. Коркушко. Т. 1. – К., 2006. – 256 с.
8. Олекса А. П. Ортопедія / А. П. Олекса. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 528 с.
9. Стояновський Д. М. Боль в области спины и шеи / Д. М. Стояновський. – К.: Здоров'я, 2002. – 392 с.
10. Язловецький В. С. Основы физической реабилитации / Язловецький В. С., Верич Г. Є., Мухін В. М. – навч. посіб. – Кіровоград: РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2004. – 238 с.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛЮДЕЙ ПЕРВОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА УРОВНЕ ГОЛЕНИ

Александр ГЕРАСИМЕНКО

Львовский государственный университет физической культуры

Анотация. Статья посвящается проблемам обследования людей первого зрелого возраста с ампутациями нижних конечностей на уровне голени, организации максимально эффективного реабилитационного процесса, механизмов его поточного контроля и коррекции.

Ключевые слова: реабилитация, ампутация, обследование, нижняя конечность, методика исследования.

FIRST MATURE AGE PATIENTS' EXAMINATION AFTER LOWER EXTREMITY AMPUTATION AT THE LEVEL OF SHIN

Oleksandr HERASYMENKO

Lviv State University of Physical Culture

Annotation. The article is devoted to the problems of the first mature age patients' examination after lower extremities amputation at the level of shin, organization of maximally effective rehabilitation process and mechanisms of its current control and correction.

Key words: rehabilitation, amputation, examination, lower extremity, method of examination.