УДК 615.825:616-001.5

РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КІНЦЯ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ СТАБІЛЬНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Галина ЯЦУЛЯК, Андрій ВОВКАНИЧ

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація. У статті представлено огляд методів реабілітаційного обстеження осіб з переломами проксимального кінця плечової кістки. Подано обґрунтування індивідуальної картки реабілітаційного обстеження, яка дозволить об'єктивно оцінити фізичний і психоемоційний стан пацієнта, що сприятиме розробці ефективної індивідуальної реабілітаційної програми.

Ключові слова: реабілітаційне обстеження, перелом, плечова кістка, остеосинтез.

Постановка проблеми. Плечовий суглоб займає одне із провідних місць у забезпеченні локомоторної функції опорно-рухового апарату. Його пошкодження становить, за даними різних авторів, від 16 до 55% у структурі травматичної патології всіх найбільших суглобів людського тіла (В.Г. Вайнштейн и др., 1973; А. Ф. Краснов и др., 1982; Ю. М. Сверулов, 1978).

Переломи проксимального кінця плечової кістки належать до складних переломів і становлять у середньому 65 % від усіх переломів цієї кістки [1]. Серед пошкоджень ділянки плечового суглоба найбільш частими і такими, які важко піддаються лікуванню, є переломи хірургічної шийки плечової кістки. Після проведення стабільно-функціонального остеосинтезу (СФО) виникають функціональні зміни, що можуть призвести до ускладнень, таких як: атрофія м'язів плеча, тугорухливість плечового та ліктьового суглобів, контрактура та інші, які не рідко спричиняють інвалідність (до 29% усіх випадків) [2, 3]. У зв'язку з цим, важливе місце у відновлювальному лікуванні таких хворих посідає фізична реабілітація.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Важливим компонентом діяльності фахівця фізичної реабілітації є проведення реабілітаційного обстеження із подальшим визначенням рухових обмежень та основних функціональних порушень пацієнта, що має ключове значення для встановлення реабілітаційного діагнозу, планування та прогнозування процесу фізичної реабілітації [4, 5].

Основною передумовою розробки ефективної індивідуальної реабілітаційної програми є комплексний підхід та послідовність заходів діагностики: ретельне проведення обстеження, урахування загального стану, фізичних і психічних особливостей пацієнтів [6].

План процесу реабілітації повинен ґрунтуватись на основі рухових можливостей фізичного стану, наявності супутніх захворювань або післяопераційних ускладнень [7].

Зв'язок теми з важливими науковими чи практичними завданнями. Роботу виконано відповідно до Зведеного плану науково-дослідницької роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. за темою 4.2 «Фізична реабілітація неповносправних з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату».

Метою нашого дослідження є наукове обґрунтування індивідуальної картки обстеження пацієнтів після перелому проксимального кінця плечової кістки.

Завдання дослідження:

1. На основі теоретичного узагальнення наукової літератури дібрати адекватні методи обстеження для виявлення функціональних змін у пацієнтів після перелому проксимального кінця плечової кістки.
2. Розробити індивідуальну картку обстеження хворих після перелому плечової кістки, яка дозволить отримати вихідні дані про їхній стан і індивідуалізувати процес фізичної реабілітації.

Методи та організація дослідження. Для досягнення поставлених у роботі завдань ми використовували метод аналізу та узагальнення даних наукової та методичної літератури.

Виклад основного матеріалу з аналізом отриманих наукових результатів. Обстеження хворих із переломами проксимального кінця плечової кістки ґрунтується на загально

© Яцуляк Г., Вовканич А., 2013

прийнятих підходах, включаючи: з'ясування скарг хворого; ретельний збір анамнезу захворювання; об'єктивне обстеження опорно-рухового апарату; використання додаткових методів дослідження [8].

Реабілітаційне обстеження розпочиналось з ознайомлення з історією хвороби пацієнта за попереднім скеруванням закріпленого лікаря.

При розробці індивідуальної картки обстеження ми враховували клінічний діагноз, загальні скарги пацієнта, супутні захворювання, які можуть негативно впливати на хід післяопераційного відновлення, та післяопераційні ускладнення. Також при зборі анамнезу ми враховували вік пацієнта, вид діяльності до травми та показання і протипоказання до фізичної реабілітації [5, 8].

До індивідуальної картки також в обов'язковому порядку ми записували вимірювання основних життєвих показників, зокрема частоту серцевих скорочень (уд./хв), артеріального тиску (мм рт. ст.), температури тіла (С°).

До початку складання реабілітаційної програми проводився збір скарг і анамнезу. Основною скаргою пацієнтів із переломами виявився біль. Інтенсивність больового синдрому оцінювали за допомогою візуально-аналогової шкали ВАШ. На відрізку завдовжки 10 см пацієнт зазначав інтенсивність больових відчуттів. На початку відрізка відчувається незначний біль, а наприкінці – нестерпний. Для зручності показники больових відчуттів наносилися на відрізок через кожен сантиметр. Використання зазначеного методу обумовлюється легкістю визначення рівня больових відчуттів у клінічних умовах, швидкістю проведення та рівністю умов для всіх пацієнтів [9, 10].

Для визначення набряку в ураженій кінцівці об'єктивним є застосування вимірювання її обводу сантиметровою стрічкою. Ми проводили вимірювання окружності в середній третині плеча й порівнювали різницю в показниках здорової та оперованої кінцівки [6].

Огляд пацієнта має на меті скоректувати те перше враження, яке було отримане при розпитуванні хворого і його родичів, а також отримати додаткову інформацію про наслідки травми. Огляд передбачає насамперед обстеження хворого в положенні лежачи, сидячи і стоячи.

Наступним етапом обстеження опорно-рухового апарату є пальпація, яка проводиться у стані спокою, а також під час активних і пасивних рухів. За допомогою дотику можна оцінити стан суглобів, м'язової тканини, шкіри, і він є основою функціонального діагнозу [8]. Пальпацію проводили для отримання інформації про стан ураженої верхньої кінцівки, а саме: чи є набряк, чи спостерігаються м'язові ущільнення, чи є запальний процес, що може спричинити підвищення температури в ураженні ділянці, болючість [8]. Ми пальпували ділянку плеча.

Для визначення порушень поз чи положень ми використовували візуальне оцінювання оперованої кінцівки, визначаючи його як активне положення кінцівки, пасивне та вимушене.

Для оцінювання ефективності реабілітаційних заходів завжди визначається амплітуда рухів у плечовому, ліктьовому і промене-зап'ястковому суглобах до початку реабілітаційного процесу, і як під впливом проведених заходів вона змінилася. Для визначення порушення функції верхньої кінцівки ми вимірювали відведення, приведення, згинання, розгинання плеча; згинання й розгинання в ліктьовому суглобі; супінацію, пронацію, згинання, розгинання в промене-зап'ястковому суглобі і відхилення кисті вправо і вліво [5, 6, 8, 11].

Роль біомеханічних досліджень у реабілітації хворих із руховими порушеннями визначається тим, що вони дозволяють істотно розширити уявлення про характер і ступінь ураження опорно-рухового апарату, забезпечити об'єктивний контроль за процесами відновлення [8, 11].

Стан м'язів характеризується такими характеристиками як сила і тонус.

Тестування сили м'язів проводився вранці для уникнення втоми та інших чинників, які впливають на м'язову силу.

Для оцінювання сили м'язової системи ми застосовували м'язів тест Ловетта (шестибальна шкала оцінки м'язової сили). Мануальне м'язове тестування – це тест на визначення здатності м'язів діяти проти гравітації і сили зовнішнього опору. Враховуючи загальні проти-

показання до проведення ММТ в перші дні після операції та саме оперативне втручання, яке є протипоказанням до здійснення пасивних рухів ураженою кінцівкою, проводиться тестування, яке передбачає виконання активного руху без зовнішнього навантаження в межах оцінки «3». Оцінка «3» бали є найбільш об'єктивною, а оцінки «4» і «5» є дуже суб'єктивними і часто завищуються [5, 7, 11].

Тестуючи м'язи верхньої кінцівки, перевіряють силу м'язів, необхідну для здійснення елементарних потреб при самообслуговуванні. Ми тестували такі групи м'язів :

- згинання плеча;
- розгинання плеча;
- відвідні м'язи плеча;
- зовнішні ротатори;
- внутрішні ротатори;
- згиначі передпліччя;
- розгиначі передпліччя.

Мануальне м'язове тестування проводилося для визначення вихідного рівня м'язової сили, що дозволяє визначити, чи може пацієнт самостійно утримувати уражену кінцівку, чи достатньою є сила оперованої кінцівки.

Кожне тестування груп м'язів передбачає певні положення та виконання конкретного руху, займає не багато часу та легко виконується у клінічних умовах.

Також для вимірювання окремих м'язових груп людини застосовують динамометр. Кистьова динамометрія проводиться для визначення сили м'язів та для виявлення порушень м'язової системи після операції [6, 8].

При переломах верхніх кінцівок оцінювався м'язовий тонус. М'язовий тонус розуміють як ступінь пружності м'яза і той опір, який виникає при пасивному згинанні або розгинанні кінцівки або її сегмента. Дослідження м'язового тонусу здійснювалося шляхом пальпації м'язів і шляхом оцінювання рефлекторної скоротливості м'яза при повторних пасивних рухах у суглобі. При пальпації м'яза визначали його пружність або здатність до стискання. Пальпація проводилася шляхом повторних стискань м'яза пальцями з бічних поверхонь і тиском рукою на черевце м'яза зверху [5, 8].

Висновки:

1. Для того, щоб підібрати ефективні методи реабілітації для пацієнтів після переломів проксимального кінця плечової кістки після стабільно-функціонального остеосинтезу, фахівець з фізичної реабілітації повинен враховувати післяопераційні зміни та ускладнення, а також індивідуальні та вікові особливості хворого. Тому правильно дібрані методи обстеження й ретельно проведене реабілітаційне обстеження має важливе значення для прогнозування, правильного планування та здійснення реабілітаційних заходів.

2. На основі аналізу літератури ми розробили індивідуальну картку обстеження осіб після перелому проксимального кінця плечової кістки, що забезпечить підвищення об'єктивності проведення обстежень фахівцями фізичної реабілітації та подальшу індивідуалізацію процесу фізичної реабілітації.

Список літератури

1. *Олекса А. П.* Ортопедія / А. П. Олекса. – Т. : ТДМУ, 2006. – 528 с.

2. *Мухін В. М.* Фізична реабілітація: підручник / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2010. – 488 с.

3. *Хамарши Абдель Салям*. Результаты физической реабилитации больных с переломами проксимального конца плечевой кости после стабильно-функционального остеосинтеза / Хамарши Абдель Салям // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2000. – № 11. – С. 21 – 23.

4. *Горбатюк С. О.* Фізична реабілітація при травмах опорно-рухового апарату : [навч. посіб.] / С. О. Горбатюк. – Рівне, 2008. – 200 с.

5. *Белова А. Н.* Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. – М. : Антидор, 2002. – 400 с.

6. *Белова А. Н.* Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. – М. : Антидор, 1998. – Т. 1. – 224 с.

7. *Герцик А. М.* Організаційно-методичні аспекти підготовки бакалаврів фізичної реабілітації в Канаді : метод. посіб. – Л. : Українські технології, 2005. – 112 с.

8. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації : [навч. посіб. для студ. ВНЗ] / Т. Бойчук, М. Голубєва, О. Левандовський [та ін.]. – Л. : ЗУКЦ, 2010. – 240 с.

9. *Маркс В. О.* Ортопедическая діагностика : руководство-справочник / В. О. Маркс. – Таганрог : Прогресс, 2001. – 512 с.

10. *Суховий М. В.* Антигомотоксическая терапия заболеваний опорно-двигательного апарата : руководство для практ. врачей / М. В. Суховий, Е. В. Аверьянов, В. И. Семеняка. – К., 2004. – 176 с.

11. *Герцик А. М.* К вопросу построения реабилитационного процесса и контроля за его эффективностью / А. М. Герцик // Физическое воспитание студентов творческих спеціальностей : сб. науч. тр. под ред. С. С. Ермакова – Х. : ХГАДИ (ХОПИ), 2007. – № 5. – С. 55-62.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Галина ЯЦУЛЯК, Андрей ВОВКАНЫЧ

Львовский государственный университет физической культуры

Аннотация. В данной статье представлен обзор методов реабилитационного обследования лиц с переломами проксимального конца плечевой кости. Представлено обоснование индивидуальной карты реабилитационного обследования, которая позволит объективно оценить физическое и психоэмоциональное состояние пациента, что будет способствовать разработке эффективной индивидуальной реабилитационной программы.

Ключевые слова: реабилитационное обследование, перелом, плечевая кость, остеосинтез.

REHABILITATION EXAMINATION OF PEOPLE WITH FRACTURE OF THE PROXIMAL END OF HUMERUS AFTER A STABLE FUNCTIONAL OSTEOSYNTHESIS

Halyna JATSULYAK, Andriy VOVKANYCH

Lviv State University of Physical Culture

Abstract. The review of methods of rehabilitation inspection of people with fractures of the proximal end of humerus has been presented in this article. The grounding of individual list of rehabilitation examination, which will allow to evaluate in objective way physical and psychoemotional state of a patient has been presented, which will enhance development of effective individual rehabilitation program.

Key words: rehabilitation examination, fracture, humerus, osteosynthesis.