

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЙНОЮ КУКСОЮ СТЕГНА

Мацко М.В., к.мед.н., доц. Горошко В.І.
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», м. Полтава, Україна
max.matsko666@gmail.com

Вступ. В даний час проблема реабілітації бійців Збройних Сил України(ЗСУ) з ампутацією кукси стегнової кістки дуже загострилася у зв'язку з неухильним зростанням травматизму та численними незадовільними результатами протезування та реабілітаційних заходів. Однією з причин такої ситуації є відсутність інформації щодо загальних принципів і методик реабілітації у широкого кола фахівців різних спеціальностей, які працюють з такими пацієнтами. У зв'язку з вищевикладеним не викликає сумнівів актуальність огляду літератури щодо загальних принципів і методик реабілітації пацієнтів з ампутаційною куксою стегнової кістки.

Метою даного дослідження є ознайомлення фахівців різних спеціальностей із загальними принципами та методиками реабілітації хворих з ампутованою куксою стегнової кістки.

Результати дослідження та їх обговорення. Успішна реабілітація базується на цілісному підході, продовженні реабілітаційних заходів і якомога ранішому застосуванні протезно-ортезних засобів. Існує два кардинально різні підходи до реабілітації таких пацієнтів. Перший — класичний підхід, який передбачає кілька етапів: госпіталізація, амбулаторне лікування (підготовка протеза) і сам протез. Другий підхід характерний для протезування в лікарні, при встановленні протеза відразу після ампутації.

Першим етапом класичного підходу до реабілітації є госпітальний. Основним принципом реабілітації на цьому етапі є формування кукси, придатної для протезування, і попередження контрактур суглоба на стороні ампутації. При застосуванні протеза кукса пацієнта піддається інтенсивному фізичному навантаженню. У деяких випадках сукупність негативних факторів сприяє формуванню в куксі різних патологічних процесів. Тому формуванню правильної та здорової кукси при ампутації слід приділяти особливу увагу.

Обов'язкове проведення негайної первинної ампутації при травматичному відриві або обмороженні кінцівки. Принцип даної ампутації полягає у видаленні явно нежиттєздатних тканин кінцівки і є первинною хірургічною обробкою рани.

Вторинні або відстрочені ампутації проводяться за наявності ранової інфекції або у випадках, коли на початковому етапі визначити рівень ампутації неможливо.

Реампутації проводяться при незадовільних результатах усічення кінцівки чи формуванні порочної кукси. Недотримання принципів ампутаційної хірургії призводить до формування, як правило, коротких або ультракоротких і порочних кукс, слабо придатних до протезування внаслідок вкрай малої функціональної довжини і, як правило, дефіциту м'яких тканин або наявності грубих рубцевих змін м'яких тканин. У тих випадках, коли протезування все-таки можливе, наявність короткої або порочної кукси є фактором, що різко лімітує зручність і функціональність протеза, що в свою чергу веде за собою низку обмежень фізичної активності та соціального функціонування пацієнта і як наслідок зниження якості життя.

Найбільш оптимальною є так звана відстрочена ампутація, при якій виникають оптимальні умови для найменшого відсікання тканин та формування кукси, що у свою чергу знижує необхідність проведення реампутацій та реконструктивних операцій.

Важливо відзначити, що профілактика розвитку контрактур на боці ампутації повинна починатися ще на госпітальному етапі, але, враховуючи наявність післяопераційного рубця, складність і хворобливість активних рухів м'язами кукси в ранньому післяопераційному періоді, необхідно застосовувати для профілактики контрактур лікування положенням.

Другим важливим етапом реабілітації пацієнтів з ампутацією нижньої кінцівки є амбулаторний етап, а саме: підготовка до протезування, основні принципи якого представлені подальшою профілактикою контрактур, профілактикою набряку тканин кукси, підготовкою шкірних покривів кукси до протезування, комплексом лікувальної гімнастики та масажу. Слід зазначити, що на основі формування стійких згинально-відвідних контрактур основний вплив мають конкурентні механізми прикріплення ділянки м'яза-антагоніста до кукси, а також рефлексорні механізми. У формуванні відвідної контрактури важливу роль відіграють малий сідничний і грушоподібний м'язи, а згинальної контрактури — клубово-поперековий і гребінний м'язи. Автори вважають, що лише використовуючи комплекс заходів щодо запобігання розвитку контрактур, можна якнайкраще підготувати ампутуваних до протезування.

Не можна ігнорувати проблему вибору взуття для протезування ніг. Неправильно підібране взуття значно ускладнює використання протеза, спотворює його функціональні властивості і навіть ставить під загрозу безпеку. Важливим моментом є регулювання протеза по висоті каблука.

Обов'язковою умовою виготовлення протеза нижньої кінцівки є врахування анатомо-морфологічних особливостей збереженої кінцівки, таких як збережена вісь кінцівки, довжини та співвідношення сегментів кінцівки, кути повороту колінного суглоба. і ноги. На жаль, ці вимоги не завжди враховуються під час реабілітації пацієнтів, що призводить до зниження впевненості при користуванні протезом, і як наслідок, до підвищених енерговитрат при ходьбі на протезі, надмірної втоми, що призводить до обмеження ходьби, рухової та соціальної активності хворого.

Висновок. Для максимально швидкої та успішної реабілітації хворих з ампутованою куксою стегнової кістки необхідна комплексна реабілітація, що складається з найбільш ефективних методик і враховує індивідуальні особливості пацієнта. Відсутність такого підходу до реабілітації пацієнтів на різних етапах, таких як підготовка протеза, безпосереднього протезування (виготовлення гільзи кукси, установка протеза, підбір взуття для протеза) часто з незадовільними результатами та нездатністю повернути пацієнта до повного фізичного та соціального функціонування протягом тривалого періоду часу.