

ВИСНОВКИ

1. Біогальванізація і біофорез є ефективними методами лікування хронічного післятравматичного остеомиєліту.

2. Біогальванізація сприяє швидкому відновленню біоенергетичної рівноваги організму на фоні гнійно-некротичного процесу шляхом підвищення його реактивності.

3. Біофорез лікарських препаратів є фізіологічним методом лікування, який не потребує додаткових джерел електропостачання, швидко усуває ознаки запалення, покращує локальний кровообіг, прискорює очищення ран та їх епітелізацію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні проблеми кістково-гнійної хірургії та методи консервативного лікування / Вернигора І.П., Гайко Г.В., Грицай М.П. та ін. – К., 1999. – С.390-392.

2. Біліченко Л.І. Застосування поверхнево-активної суміші для місцевого лікування гнійно-запального ураження при хронічному травматичному остеомиєліті // Вісник Вінницького державного медичного університету. - 1998. - №2. - С. 372-373.

3. Макац В.Г. Функціональна біоенергодіагностика стійкості вегетативної нервової системи і її біоактиваційна корекція (по Макацу) – Вінниця: Універсум-Вінниця, 1997. - 98с.

4. Рушай А.К. Физиотерапия в комплексном лечении посттравматического остеомиелита // Матеріали XIII з'їзду ортопедів-травматологів України. – Донецьк, 2001. - С. 400 - 403.

5. Шевчук В.І., Біліченко Л.І., Островський І.Я. Сучасні погляди на роль біоенерготерапії в лікуванні хворих з хронічним травматичним остеомиєлітом // Матеріали Всеукраїнської конференції завідуючих кафедрами загальної хірургії медичних вузів України. – Вінниця, 1998. - С. 145-146.



УДК 616.718-089.873-036.83

**В.І. Шевчук,
Ю.О. Безсмертний,
Л.І. Біліченко,
М.І. Слободянюк***

ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З АМПУТАЦІЙНИМИ КУКСАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Український державний НДІ реабілітації інвалідів
м. Вінниця
Вінницька обласна травматологічна МСЕК*

Ключові слова: реабілітація, ампутація, первинне протезування, види та захворювання куок
Key words: rehabilitation, amputation, initial prosthetics, types and diseases of stumps

Резюме. В статті розглянуті питання оптимізації реабілітаційного процесу у хворих з ампутаційними куксами нижніх кінцівок. Проаналізовані причини і види пороков і захворювань ампутаційних куок, дані обґрунтовані рекомендації їх профілактики і лікування на всіх етапах медичної реабілітації.

Summary. In the article questions of rehabilitation process optimization in patients with amputation stumps of lower extremities are considered. Causes and types of defects and diseases of amputation stumps were analysed; justified recommendations on their prophylaxis and treatment at all stages of medical rehabilitation are given.

Ефективність реабілітації інвалідів з ампутаційними куксами нижніх кінцівок залежить не тільки від причини, яка призвела до ампутації, але й від рівня і якості проведеної операції, особливостей передопераційної підготовки і післяопераційного ведення хворих, раціональ-

ного і функціонального протезування. Незважаючи на значні успіхи в удосконаленні способів формування ампутаційних куок, визначення рівня ампутації, критеріїв застосування м'язової або кісткової пластики, відсоток вад і хвороб куок при первинних ампутаціях залишається високим,

коливаючись в межах 41-85%, при цьому 32-60% кукс нижніх кінцівок не придатні до протезування [1, 5, 6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз можливих причин формування вадних кукс нижніх кінцівок 472 хворих у різні терміни після ампутації. Чоловіків було 399 (84,5%), жінок – 73 (15,5%). Осіб працездатного віку - 277 (58,6%) хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Статистичний аналіз причин ампутацій показав, що з приводу захворювань периферичних судин (облітеруючий атеросклероз і ендартеріїт) ампутації виконані у 32,08%, ускладнень цукрового діабету - у 28,17%, травматичних ушкоджень - у 15,39%, термічних факторів – 5,09%, з інших причин – 19,27%.

Серед найбільш розповсюджених вад і захворювань ампутаційних кукс нижніх кінцівок (згідно з класифікацією В.Г. Саніна) [2], що перешкоджають своєчасному протезуванню, спостерігали високе розташування м'язів та контурування кісткового опилу під шкірою у 52 (11,8%) хворих, надлишок м'яких тканин – 36 (7,62%), невірний опил кісток – 32 (6,78%), відхилення залишку малогомілкової кістки – 45 (9,53%), незагоєні рани кукс стегна – 73 (15,46%), гомілки – 57 (12,07%), контрактури (відповідно в 102 (21,6%) і 119 (25,2%) випадках), вадні рубці – 96 (20,3%), наявність післяампутаційного больового синдрому – 280 (59,32%).

На нашу думку, частини хвороб і вад ампутаційних кукс можна було б уникнути при більш раціональному підході до первинної ампутації та формуванні єдиних підходів щодо показань та рівнів ампутацій при різних нозологіях.

Первинна ампутація кінцівки внаслідок її травматичного ушкодження повинна виконуватись як операція первинної хірургічної обробки рани, що сприятиме збереженню довжини кінцівки. Формування ампутаційної кукси слід проводити після ліквідації гнійно-запального процесу і стабілізації загального стану організму. Оптимальним терміном для проведення реконструктивної операції є 30-35 доба. Реконструктивні операції повинні бути направлені на відновлення шкірних покривів, як місцевими тканинами, так і за допомогою вільних клаптів, із застосуванням м'язової або кісткової пластики з обов'язковим перекриттям опилу кісток [4]. При виборі рівня ампутації у хворих з атеросклеротичною гангrenoю слід пам'ятати про високу ефективність реабілітації при збереженому ко-

лінному суглобі. При транстібіальних ампутаціях необхідно максимально висікати м'язову тканину і зберегти шкірні покриви, оскільки їх кровопостачання при облітеруючих захворюваннях судин є домінуючим [3].

Залишається актуальною проблема раціональної організації первинного протезування хворих після ампутації кінцівки. Однією з її передумов є низький рівень знань спеціалістів протезно-ортопедичних підприємств з питань оцінки супутньої патології, необхідних для прийняття раціонального рішення щодо тактики первинного протезування. З іншого боку, серед травматологів і хірургів немає достатньо знань щодо підготовки кукси кінцівки до протезування, особливо в складних атипових випадках. Враховуючи помилки, які допускаються лікувальними закладами при лікуванні хворих із куксами кінцівок з приводу судинних захворювань, слід визнати недопустимою хибну практику передчасної виписки хворих після ампутації кінцівки з незагоєними ранами кукс чи наявністю згинальних контрактур. Ці негативні явища, на жаль, розповсюджені і зумовлені «підгонкою» термінів перебування хворого в стаціонарі до середнього ліжко-дня. Виписка хворих на доліковування в поліклініку за місцем проживання тільки поглиблює існуючі дефекти і вади кукс і пролонгує звернення інвалідів на протезно-ортопедичні підприємства. Первинне протезування при цьому здійснюється в пізні терміни і не дає змоги забезпечити хворих функціональними видами протезно-ортопедичних виробів.

Так, згідно з проведеним обстеженням, первинне протезування протягом першого року після ампутації було проведено 265 (65,27%) хворим, в терміни від одного до п'яти років – 131 (32,26%), понад п'ять років – 10 (2,47%) хворим.

На нашу думку, підготовка до протезування хворих із травматичними куксами повинна включати наступні етапи: загальну підготовку (психологічну і ортостатичну), консервативне і хірургічне лікування. Консервативні заходи: кінезотерапія, масаж, еластичне бинтування, фантомно-імпульсна гімнастика, тепло- і електролікування. Хірургічні операції передбачають висічення тканинних та кісткових дефектів, реконструкцію кукси. За показаннями проводиться реампутація кукси (остеомиєліт, надлишок м'яких тканин, виступання кісткового опилу, високе розташування м'язів).

У хворих на цукровий діабет чи судинні захворювання підготовка до протезування передбачає визначення толерантності організму до фізичного навантаження (велоергометрія, добове ЕКГ-моніторування, тредміл-тест). Обстеження

тканинного і магістрального кровотоку за допомогою полярометрії, реовазографії і ультразвукової доплерографії виконується симетрично з контрлатеральною кінцівкою. У хворих похилого віку проводять визначення щільності кісткової тканини (денситометрію), оскільки супутній остеопороз є показанням до застосування ортезів з метою додаткової функціональної фіксації тулуба і опорної кінцівки.

Не менш важливим для якісного первинного протезування таких хворих є правильна організація ортопедичного лікування в умовах протезно-ортопедичних підприємств. Головним завданням в цьому напрямку є проведення первинного протезування тільки в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства. В комплексі підготовки до первинного протезування велику роль надають ЛФК, фізичним методам лікування кукс, а також оволодінню лікувально-тренувальним протезом.

ВИСНОВКИ

Таким чином, з метою оптимізації реабілітації хворих з ампутаційними куксами нижніх кін-

цівок та запобігання розвитку їх вад та захворювань слід дотримуватись наступних принципів:

1. Виконання ампутації кінцівки за органозберігаючим принципом зі збереженням максимальної довжини ураженого сегменту, відстроченим формуванням (на 30-35 добу) ампутаційної кукси та обов'язковим застосуванням м'язової або кісткової пластики.

2. Виписку хворих зі стаціонару після проведеної ампутації здійснювати після загоєння післяопераційної рани, формування кукси та підготовки її до первинного протезування.

3. Первинне протезування проводити в ранні терміни в стаціонарних умовах протезно-ортопедичних підприємств із дотриманням принципів раціональності, антропоморфності та енергозбереження.

4. Диспансерний нагляд протезованих хворих здійснювати в поліклініці за місцем проживання та в медичних відділах протезно-ортопедичних підприємств.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пузин С.Н., Сергеев С.В., Сливак Б.Г. Причины ампутации, особенности и организация протезирования. Опыт ФЦЭРИ // Ампутация, протезирование, реабилитация, настоящее и будущее: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2001. – С. 26–29.

2. Санин В.Г., Никоненко Н.Г. Классификация болезней и пороков ампутационных культей // Протезирование и протезостроение. – 1971. – Вып. 28. – С. 117–123.

3. Степанов Н.Г. Ампутации нижних конечностей, выполненные при острой артериальной недостаточности // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 123–124.

4. Шевчук В.І., Майко В.М., Ісаєнко О.Л. Кістково-пластичні ампутації гомілки // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 1998. – №2. – С. 462–465.

5. Ellis K.A review of amputation, phantom pain and nursing responsibilities // Br. J. Nurs. – 2002. – Vol. 11, N 3. – P. 155–7.

6. Phantom pain, residual limb pain and back pain in amputees: results of a national survey / Ephraim P.L., Wegener S.T., MacKenzie E.J. et al. // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2005. – Vol. 86, N 10. – P. 1910–9.

