

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ И ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.718-089.28:616.13-004.6

Медицинская реабилитация инвалидов с ампутационными культями нижних конечностей

Б.Т. Унгбаев, Б.К. Каримов

Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов. Ташкент. Узбекистан

Вопрос протезирования и реабилитации инвалидов после ампутации нижних конечностей вследствие сосудистых заболеваний является окончательно не решенной проблемой. Это обусловлено тем, что ампутации сопровождаются пересечением мышц, сосудов и нервов, приводящим к травмированию тканей, нарушению микроциркуляции и иннервации, нарушению венозного оттока, к повышению проницаемости микрососудов и, в конечном итоге, к отеку и воспалительным процессам в культе.

По этой причине на протяжении многих лет вопросы выбора уровня ампутации, протезирования и реабилитации инвалидов остаются дискуссионными.

Исходя из вышеизложенного, цель нашей работы — представить основные принципы первичного протезирования и медицинской реабилитации инвалидов с ампутационными культями нижних конечностей вследствие облитерирующих сосудистых заболеваний в условиях Ташкентского (Национального) центра реабилитации и протезирования инвалидов. Наше сообщение основано на анализе данных о 471 инвалиде, находившихся на стационарном лечении в отделении первичного и сложного протезирования Республиканского центра реабилитации в 1998–2001 гг. Мужчин было 359 (74,1%), женщин — 112 (25,9%). Большинство инвалидов 319 (67,7%) были в наиболее работоспособном возрасте (21–60 лет). Пациентов с I группой инвалидности — 116 (25%), II — 204 (43%), III — 125 (27%), инвалиды детства составили — 26 (5%).

При изучении основных причин ампутаций выяснилось, что у 248 (53%) человек причинами были травмы, у 64 (14%) — сахарный диабет, у 59 (13%) — облитерирующие эндортерииты, у 25 (5%) — онкологические заболевания, последствия огнестрельных ранений наблюдались у 14 (3%), последствия ожогов и обморожений — у 35 (7%)

и ампутации в детстве — у 26 (5%) инвалидов. С заболеваниями сосудов нижних конечностей было 123 инвалида.

Наши клинические исследования инвалидов, включая рентгенографические и доплерографические методы, позволили выявить у больных сахарным диабетом диабетические ангиопатии мелких сосудов конечностей и атеросклероз периферических артерий. Сочетание облитерирующего атеросклероза и диабетической ангиопатии обуславливает спазм коллатеральных сосудов, нарушение метаболизма, снижение резистентности организма, поэтому при выборе уровня ампутации большое значение имеет оценка состояния кровообращения конечности путем использования контрастной артериографии, функциональных проб, реографии и т.п.

Как показали наши клинические наблюдения, среди анализируемых инвалидов не было ни одного пациента без каких-либо патологических изменений в организме, таких как сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, миокарда, дыхательной системы и со стороны культы: отеки, концевые остеомиелиты, нарушение трофики, наличие остеофитов, спаянные рубцы и сгибательно-отводящие контрактуры в тазобедренном, разгибательные — в коленном суставе, что потребовало комплексной подготовки к протезированию. При наличии у протезируемых сахарного диабета основным условием является нормализация уровня сахара в крови и всех обменных процессов в максимально короткие сроки, а при облитерирующих заболеваниях сосудов показаны средства, улучшающие микроциркуляцию и уменьшающие агрегацию тромбоцитов (бутадион, никотиновая кислота, фенилин, гепарин, антикоагулянты непрямого действия).

Выявленная нами атрофия культы примерно на 1-1,5 см по сравнению со здоровой потребовала

проведения следующего комплекса мероприятий для усеченной конечности: лечебная гимнастика и массаж для уменьшения контрактур суставов, фантомно-импульсная изотоническая гимнастика, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, парафин, электрофорез и т.д.), магнитно-лазерная терапия, медикаментозная терапия, направленные на снятие спазмов сосудов культи.

При протезировании инвалидов с ампутационными культями бедра по поводу сосудистых заболеваний должен быть индивидуальный подход с учетом клинических особенностей культи и сохранившейся конечности и имеющихся сопутствующих заболеваний организма (ИБС, инфаркт миокарда и т.п.).

По этой причине немаловажное значение при подготовке пациентов к протезированию имеют этапность и преемственность между травматологами-ортопедами, выполняющими ампутацию, и реабилитологами, которые непосредственно занимаются подготовкой больных и культи к протезированию и проведением самого протезирования.

При этом медико-социальная реабилитация инвалидов была комплексной, включала подготовку культи и всей конечности к протезированию с применением физиотерапевтических, хирургических мероприятий, обучение пользованию протезом, уход за культей и протезом, обучение правильной ходьбе сначала на учебно-тренировочном протезе, а через 20-30 дней — на постоянном протезе. Обязательным условием при обучении ходьбе на протезах является поэтапная смена пользования средствами дополнительной опоры, начиная с кос-

тылей и ходунков, заканчивая ходьбой с тростью или без дополнительных средств опоры. Важно, чтобы родственники владели навыками ухода за инвалидом.

Протезирование и медико-социальная реабилитация инвалидов с ампутационными культями бедра по поводу сосудистых заболеваний имеют свои особенности. Ранняя госпитализация для первичного протезирования, всестороннее и углубленное обследование культи, сохранившейся конечности и функционального состояния организма, при необходимости тщательная предоперационная подготовка, правильный выбор уровня реампутации, интенсивное послеоперационное ведение больных, своевременная подготовка к протезированию, обеспечение их учебно-тренировочными, а затем и постоянными протезами способствуют повышению эффективности реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Санин В.Г. Ампутации нижних конечностей при гангренах диабетического происхождения / В.Г. Санин, В.И. Шевчук // Протезиров. и протезест.(сб. трудов). — М., 1984. — Вып. 20. — С. 19–23.
2. Худоногова Г.А. Организация первичного протезирования больных после ампутации конечностей по поводу сосудистых заболеваний / Г.А. Худоногова, Г.В. Дугина, К.Е. Овчинникова // Протезир., протезостр. — М., 1985. — Вып. 21. — С. 5–13.
3. Эшиев Т.У. Подготовка культи нижних конечностей к протезированию в комплексе медико-социальной реабилитации / Т.У. Эшиев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация: Сб. тр. — Минск, 2001. — Вып. 3. — Ч. 1. — С. 203–211.
4. Кондрашин Н.И. Руководство по протезированию / Н.И. Кондрашин. — М., 1988. — 542 с.