

АНАЛІЗ ПРОВЕДЕНИХ АМПУТАЦІЙ КІНЦІВОК ТА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФАНТОМНО-БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

О. І. Пінчук, Л. В. Радецька, С. О. Коноваленко

*Комунальна міська клінічна лікарня
швидкої медичної допомоги, м. Львів
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
Київський міжнародний університет*

У статті проаналізовано кількість випадків ампутацій кінцівок залежно від причини та ефективність реабілітаційних заходів із використанням дзеркальної терапії у пацієнтів із фантомно-больовим синдромом.

ANALYSIS OF HUMAN AMPUTATIONS AND EFFICACY OF REHABILITATION MEASURES IN PATIENTS WITH PHANTOM-PAIN SYNDROME

O. I. Pinchuk, L. V. Radetska, S. O. Konovalenko

*Lviv Communal City Clinical Emergency Hospital
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University
Kyiv International University*

The article analyzes the amount of limbs amputations depending on the cause and effectiveness of rehabilitation measures using mirror therapy in patients with phantom-pain syndrome.

Вступ. Дуже часто можна спостерігати такий факт, коли пацієнти, які перенесли ампутацію, частіше ніжніх кінцівок, відчують дивні відчуття в неіснуючій кінцівці або її частині, що викликають деякі незручності та знижують і без того низьку якість життя. До проблеми відсутності кінцівки приєднується інтенсивний біль, який порушує підготовку пацієнта до етапу протезування і реабілітації в післяопераційний період [1, 7].

Основна частина. У наш час актуальність вивчення проблеми фантомно-больового синдрому зумовлена зростанням кількості постраждалих під час бойових дій, стихійних бід і промислових катастроф, а також значна частка припадає на оклюзивні ушкодження судин нижніх кінцівок і пухлини. Близько 52 % займають бойові травми, 23 % складають пацієнти з ішемічними порушеннями кінцівок внаслідок ускладнення цукрового діабету і захворювань судин, 15 % належить ампутаціям при злоякісних пухлинах довгих кісток кінцівок.

До розвитку фантомного болю призводять неадекватна анестезія під час операції, похилий вік, ампутація домінуючої кінцівки, наявність психологічних розладів, біль в куксі при запальних і дегенеративних змінах у м'язах, соматичні супутні захворювання. Існує пряма залежність між частотою виникнення фантомно-больового синдрому і тривалістю дії несприятливих факторів до і після ампутації – подразнення нерва в куксі кістковими утворами, запаленням м'яких тканин, формуванням невроми. Відомо, що ризик розвитку і тяжкість фантомного болю значно вищі при високій ампутації порівняно з ампутацією на більш нижчих рівнях [2, 3].

Необхідність своєчасної і адекватної корекції фантомно-больового синдрому зумовлена не тільки частотою й інтенсивністю больових проявів, високим процентом перситування болю, а також їх значним впливом на показники якості життя. Розвиток фантомного болю призводить, крім інвалідизації, до соціальної дезадаптації пацієнтів внаслідок приєднання

емоційних розладів (стресу, страху, тривоги, депресії) та неможливості адекватного протезування кінцівок.

Проблема реабілітації осіб, які перенесли ампутацію кінцівок, одна з найскладніших. Відновлення функцій, втрачених внаслідок ампутації кінцівок, має не лише медико-соціальне, але й економічне значення. Під патронатом Міністерства охорони здоров'я України діє система для медичної й психологічної реабілітації бійців АТО на базі госпіталів для ветеранів війни практично в усіх областях країни. Отже, реабілітація повинна бути спрямована на підвищення ефективності протезування та реабілітаційних заходів.

Теоретичні основи загально визнаних способів реабілітації осіб з ампутацією кінцівок вивчено на достатньому рівні. До них, передусім, відносять різні форми лікувальної фізичної культури, фізіотерапію й масаж [4–6]. Але в практичному вирішенні питання відзначається значне відставання від теорії.

У всіх хворих, які перенесли ампутацію, крім фізичного каліцтва, формуються різні психічні порушення й лише дехто з них, звертається за спеціалізованою до-

помогою. Зазвичай психологічна підтримка надається лікарями хірургічного профілю та не має характеру спеціалізованої.

Метою нашої роботи було вивчення й аналіз проведених ампутацій кінцівок та реабілітаційних заходів із використанням дзеркальної терапії у пацієнтів із фантомно-больовим синдромом. Базою у цьому дослідженні є комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги міста Львова. Всі пацієнти поділені на дві групи: основну (17 жінок і 29 чоловіків) і контрольну (14 жінок і 28 чоловіків). Середній вік пацієнтів склав (64±2,5) року. Ми провели аналіз залежності ампутацій кінцівок від основних причин ампутації. Результати наведено у таблиці 1.

Кількісний аналіз даних вказує, що найбільше ампутацій виконано з приводу цукрового діабету і атеросклерозу артерій кінцівок, менше припадає на емболію і тромбоз артерій та флегмони і абсцеси кінцівок.

До основної групи входили пацієнти, яким проведена ампутація кінцівки та традиційна реабілітація з

Таблиця 1. Кількісний аналіз проведених ампутацій кінцівок відносно причини за 2016–2017 рр.

Група	Стать	Причини ампутації, кількість				
		цукровий діабет	остеомієліт	емболія і тромбоз артерій	флегмони і абсцеси кінцівок	атеросклероз артерій кінцівок
Основна	Чол.	6 (21 %)	9 (31 %)	4 (14 %)	3 (10 %)	7 (24 %)
	Жін.	11 (65 %)	–	2 (12 %)	1 (6 %)	3 (17 %)
Експериментальна	Чол.	7 (25 %)	6 (21 %)	2 (7 %)	5 (18 %)	8 (29 %)
	Жін.	8 (57 %)	–	3 (21 %)	1 (7 %)	2 (15 %)

використанням дзеркальної терапії. Дзеркальну терапію використовують в комплексній реабілітації для полегшення стану пацієнтів із фантомним болем. Суть методу полягає в тому, що перед хворим раз на день протягом 10 хвилин у сагітальній площині розташовують дзеркало таким чином, щоб в ньому відбивалася здорова кінцівка. Цю методику застосовували 21 день. При цьому зоровий контроль здійснюють лише за здоровою кінцівкою і її відображенням, що створює у хворого зорову ілюзію, ніби обидві половини його тіла функціонують належним чином. Рухи ушкодженої кінцівки, які також намагається виконати хворий, коригує фізіотерапевт відповідно до рухів здорової. Спостереження за відбитим у дзеркалі рухом здорової кінцівки стимулює активність моторної кори у великій півкулі головного мозку, при цьому темпи реабілітації прискорюються [8, 9].

У контрольній групі пацієнтам після перенесеної ампутації кінцівки застосовували традиційну реабілітацію.

Інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Пацієнтові пропонували зробити відмітку на візуальній аналоговій шкалі, що є горизонтальним відрізком лінії від 0 до 10 балів. Обстеження проводили у динаміці: до початку лікування, у процесі лікування та після закінчення курсу терапії. Результати оцінки інтенсивності больового синдрому в пацієнтів наведено у таблиці 2.

Аналіз даних виявив, що стан пацієнтів, яким проведена ампутація кінцівки та традиційна реабілітація з використанням дзеркальної терапії значно покращився порівняно з експериментальною групою. Больовий синдром від лікування і до виписування знизився на 40–75 %, більшу динаміку спостерігали у

Таблиця 2. Оцінка інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою

Група	Стать	Динаміка	Причини ампутації, кількість				
			цукровий діабет	остеомієліт	емболія і тромбоз артерій	флегмони і абсцеси кінцівок	атеросклероз артерій кінцівок
Основна	Чол.	до	7±1,5	7,5±1,0	7,5±1,5	7±1,5	6,5±1,5
	Чол.	у процесі	5,5±1,5	5,5±1,0	5,5±1,5	6±1,5	6±1,5
	Чол.	після	4,5±1,5	3±1,0	3,5±1,5	4±1,5	5,5±1,5
	Жін.	до	6,5±1,5	-	7,5	8	6,5
	Жін.	у процесі	5,5±1,5	-	5	5	5,5
	Жін.	після	3,5±1,5	-	2	2	3,5
Експериментальна	Чол.	до	7,5±1,0	7±1,5	8	7,5±1,5	7±1,5
	Чол.	у процесі	6±1,5	5,5±1,5	6±1,5	5,5±1,5	6±1,5
	Чол.	після	5,5±1,5	4,5±1,5	4,5±1,5	4,5±1,5	5,5±1,5
	Жін.	до	7±1,0	-	7	8	6,5
	Жін.	у процесі	5,5±1,0	-	5,5±1,0	6	5
	Жін.	після	4,5±1,5	-	4,5±1,5	3	4

жінок основної групи з емболією і тромбозом артерій (з 7,5 до 2) та флегмонами і абсцесами кінцівок (з 8 до 2) ніж у чоловіків.

Висновки. Застосування традиційної реабілітації з використанням дзеркальної терапії дозволило зменшити фантомно-больовий синдром, покращило

динаміку і ефективність відновного процесу при лікуванні пацієнтів, яким проведена ампутація кінцівки.

У подальшому плануємо продовжити дослідження щодо визначення ефективності використання методів фізичної реабілітації після ампутації кінцівок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Інтенсивна терапія. Реанімація. Перша допомога : навч. посіб. / за ред. В. Д. Малишева. – М. : Медицина. – 2000. – 464 с.
2. Барінов А. Н. Невропатическая боль: клинические рекомендации и алгоритмы : лекции / А. Н. Барінов // Врач. – 2012. – № 9. – С. 17–22.
3. Бояркіна Г. В. Інтенсивність болю після операції пов'язана з рівнем передопераційної тривоги і депресії / Г. В. Бояркіна, О. Л. Потапов // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2013. – № 29. – С. 48–50.
4. Овечкин А. М. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы / А. М. Овечкин, С. В. Свиридов // Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 6 (61). – С. 135–144.
5. Осипова Н. А. Постампуционный фантомный болевой синдром: медицинские и социальные проблемы /

- Н. А. Осипова, Л. А. Собченко // Анестезиология и реаниматология. – 2011. – № 6. – С. 41–43.
6. Рушай А. К. Раннее лечение фантомных болей / А. К. Рушай // Травма. – 2013. – Т. 14, № 1. – С. 22–24.
7. Фантомно-болевого синдром – проблема, с которой сталкивается человек после ампутации конечности / А. С. Иванов, Д. П. Татаренко, С. А. Шалимов [и др.] // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2013. – № 1. – С. 53–55.
8. Федеральные клинические рекомендации по предотвращению фантомного болевого синдрома при ампутации конечности / под. ред. Н. А. Осиповой, А. М. Овечкина, А. В. Гнездилова. – М., 2014. – 25 с.
9. Comparison of phantom limb pain or phantom extremity sensation of upper and lower extremity amputations / F. Ugur, A. Akin, A. Esmaoglu [et al.] // Agri. – 2007. – Vol. 19, № 1. – P. 50–56.

Отримано 09.02.18