

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ОПІКАХ РІЗНОГО СТУПЕНЯ

Каніщева О.П., Вялих О.М.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Розглянуто основні підходи до призначення лікувальної фізичної культури після опіків.

Ключові слова: опіки, лікувальна гімнастика

Вступ. Проблема опіків надзвичайно різноманітна і охоплює багато різних питань, у тому числі й стосовно реабілітації. Опіки є наслідком дії на тканини високої температури, електроструму, хімічних речовин чи променевої енергії. Залежно від глибини ураження тканин розрізняють чотири ступені опіків. I і II відносять до поверхневих, тому що в процес втягуються верхні шари шкіри. Вони характеризуються почервонінням, припухлістю, болем і пухирцями з рідинним вмістом (II ступінь). При III ступені частково зачіпається ростковий шар шкіри (III-A) чи гинуть всі її шари (III-B), а при IV — омертвіння поширюється на тканини, що лежать глибше. Опіки III-B і IV ступенів належать до глибоких. Тяжкість ураження при опіках пропорційна їх площі і ступеню, а також залежить від локалізації травми. При великих поверхневих або глибоких опіках, крім місцевих проявів, виникає загальна реакція організму, що отримала назву опікової хвороби.

Фізична реабілітація при опіках і відмороженнях застосовується під час консервативного і хірургічного лікування. Використання її засобів, послідовність і методика застосування базуються на загальних для обох травм принципах: вони залежать від ступеня, площі і локалізації ураження, перебігу захворювання, віку, методів лікування, рухового режиму, періоду і етапу реабілітації [4, 5].

Зв'язок роботи з актуальними планами, темами. Робота виконана згідно тематичним планом кафедри фізичної реабілітації і рекреації.

Мета статті - охарактеризувати лікувальну фізичну культуру постраждалих з різними ступенями опіків.

Завдання роботи:

1. Вивчити й проаналізувати сучасну спеціальну наукову та науково-методичну літературу з даного питання.

2. Розглянути завдання, форми та засоби лікувальної фізичної культури при різних ступенях опіків.

Матеріали та методи дослідження: аналіз та узагальнення сучасної наукової та науково-методичної літератури.

Результати дослідження та їх обговорення.

Під впливом опіки в організмі потерпілого проходить цілий ряд змін, тяжкості яких визначається глибиною, областю та локалізацією ураженої ділянки. Для характеристики глибини поразки тканини прийнято чотириступінчасту класифікацію, відповідно до якої I ступеня опіку характеризується пошкодженням поверхнього шару шкіри (епідерміс) і супроводжується набряком, почервонінням. II ступінь - у товщі епідермісу формується кулі з прозорою рідиною. I та II ступінь опіків відносяться до поверхневих. Консервативне лікування. Опіки I і II ступеня підідрозділяються на ступені P1 A та III B. При ступені IIIA некрозу тканини частково захоплює

волоссяний шар епідермісу, спостерігаються великі напруження рідини або вже розірваними бульбашками. Опіки ступеня III B характеризується некрозом по всій глибині шкіри, тобто поразка усього росткового шару, з'являється бульбашки з себе геморагічною рідиною. Якщо з'являється струп (кірка), жовтого, сірого або коричневого кольору. За опіком IV ступеня йде некроз усіх шарів шкіри і тканин. Існує коричневий або чорний з різної товщини і щільності опіковий струп. Якщо струп розміщено циклічно на грудях або кінцівках, він може стиснути глибокі тканини.

При опіках I - II і IIIA ступеню можливі епітелізації. Бо ростковий шар епідермісу зберігається, по тому вони зціляють через 1-3 тижнів. При глибоких опіках ступені III B і IV самостійна епітелізація неможлива, щоб закрити поверхню опіку, застосовують хірургічне лікування - аутодермопластику, пересаджують шкіру зі здорового місця на уражене. Лікування зазвичай триває 3-6 місяців [1, 2].

Більшості опіків своєрідно коли поразка з'являється на різних частинах локалізованих опіках різної глибини. Другий фактор при визначенні важкості опіків, є його розмір, зазвичай, виражена у відсотках від загальної площі тіла. Третій фактор, який впливає на тяжкість опіків, вік. Діти і люди похилого віку мають тонкішу шкіру, аналогічні опіки викликають більш глибокі ураження і через фізіологічні особливості організму протікають важче. Поряд з глибиною віком та площею на тяжкість опіків впливає місце виникнення та стан здоров'я потерпілого.

При поверхневих опіках, які займають до 10-12% поверхні тіла, а при глибоких до 5-6% поверхні тіла, опік протікає у формі місцевого страждання. При більш великих ураженнях спостерігаються різні порушення діяльності органів та систем, сукупності яких прийнято розглядати як опікову хворобу (ОБ) патологічний стан організму, що розвивається в результаті широких та глибоких опіках та супроводжується порушенням центральної нервової системи, серцево-судинної і дихальної систем, погіршення метаболізму, ендокринні порушення.

Виділяють 4 стадії опікової хвороби: опіковий шок, гостра опікова токсикація, септикотоксикація та відновлення. Опіковий шок виникає за наявності глибоких опіків понад 15-20% поверхні тіла. Тривалість до 2-х діб. Цей період може бути гострим порушення діяльності серцево-судинної, дихальної системи, нирок, печінки, від яких гине до 20% постраждалих. Опікова токсикація виникає після звільнення постраждалого від опікового шоку. На перше місце виходять явища сп'яніння (отруєння) організму продуктами некрозу тканин, а також надходження до крові бактерій, що інтенсивно розмножуються на мертвих тканинах.

I період – опіковий шок, що є наслідком

сильного болю. Спостерігається безпосередньо після опіку і проявляється різкими порушеннями діяльності ЦНС, життєво важливих органів. Триває цей стан при ефективному лікуванні 24-48 год. Виведення з шоку з великими поверхневими опіками закінчується одужанням, а в осіб з глибокими ураженнями після ліквідації шоку на 3-4-й день настає II період захворювання.

II період – гостра опікова токсемія – отруєння продуктами розкладу обпечених тканин і ядом бактерій, що всмоктуються і потрапляють у кров. Цей період триває від 2 до 12 діб. Основними проявами його є висока температура і серйозні порушення в діяльності внутрішніх органів.

III період – септикококемія, виникає внаслідок нагноєння опікової рани і надходження з неї у кров продуктів розкладу тканин. Загальний стан хворих важкий. Перебіг захворювання часто ускладнюється запаленням легень, виразками шлунково-кишкового тракту, ураженнями печінки, нирок, загальним зараженням крові (сепсис). Цей період опікової хвороби в ускладнених випадках може тривати від 2-3 міс до одного року, а часом і довше. Частим ускладненням цього періоду є опікове виснаження. Розвивається воно при довготривалому незагоєванні глибоких ран, внаслідок чого відбувається щоденна втрата білка та інших речовин з рідиною і постійне всмоктування продуктів розкладу тканин і життєдіяльності мікробів. Хворий нестримно худне, загальмований, пролежні збільшуються, відмічається прогресуюча атрофія м'язів, у тому числі й серцевого, контрактури, розрідження кісткової тканини, знижується опірність організму.

IV період – одужання (реконвалесценція), продовжується 2-4 міс і характеризується відновленням шкіри, відсутністю прогресування хвороби, поступовим відновленням функцій внутрішніх органів. Однак у хворих ще деякий час спостерігаються порушення їх діяльності, ускладнення з боку нирок і печінки [4, 7].

Лікування опіків комплексне і спрямоване на ліквідацію місцевих і загальних проявів опікової хвороби. Поверхневі опіки лікують консервативним методом. При опіках I ступеня одужання настає на 4-5-й день, II – при відсутності інфекції через 10-15 днів без утворення рубців. Опіки III—IV ступеня лікують хірургічним методом, що полягає у відсіканні омертвілих ділянок і у відновленні шкірного покриву шляхом пересаджування власної (ауто-трансплантат) або чужої (гомотрансплантат) шкіри чи клаптя тканини. Загоєння дефектів відбувається дуже повільно, часто утворюються грубі рубці, контрактури і деформації, що є головною причиною інвалідності потерпілих.

Лікувальну фізичну культуру (ЛФК) при опіковій хворобі починають застосовувати після виходу хворого з тяжкого стану відповідно до призначеного рухового режиму. Основна мета фізичних вправ у суворо постільному режимі – це психотерапевтичний вплив на хворого і попередження легеневих ускладнень. Використовують декілька разів на день статичні дихальні вправи і, якщо дозволяє стан хворого, рухи з невеликою амплітудою в дистальних відділах кінцівок; проводять лікування положенням, яке передбачає встановлення сегмента чи кінцівки у функціонально вигідну позицію, що перешкоджає утворенню контрактур.

У II і III періоди опікової хвороби в постільному режимі перед ЛФК ставлять такі завдання: нормалізація діяльності ЦНС і покращання функцій дихання і кровообігу; попередження запалення легень та інших ускладнень з боку внутрішніх органів, рухливості суглобів і м'язових атрофій, покращання місцевого крово- і лімфообігу, трофічних процесів і сприяння швидкому загоєнню ран,

приживлення пересадженої шкіри або тканинного клаптя.

Призначається лікувальна і гігієнічна гімнастика, самостійні заняття по декілька разів на день. Комплекси складаються з дихальних і простих вправ для нешкоджених ділянок і кінцівок. Рухи в ушкодженій ділянці виконують обережно, з невеликою амплітудою, у повільному темпі з полегшених вихідних положень, застосовуючи похилі площини, гамачки. При неможливості їх виконання ушкодженими сегментами застосовують статичні напруження м'язів, надсилання імпульсів до кінцівок, а також рухи у здорових симетричних ділянках.

У подальшому комплекси доповнюють вправами для розроблення суглобів у зоні ушкодження. Вправи на розтягнення рекомендується проводити під час перев'язок у теплій ванні. Це сприяє збільшенню амплітуди рухів, зменшує біль. Призначають загальнорозвиваючі вправи, основою яких є дихальні вправи і рухи в здорових симетричних ділянках. Приділяють увагу вправам, що сприяють формуванню компенсацій, навичок самообслуговування. Самостійні заняття мають повторюватись через 1,5-2 год., а у перервах між ними та під час сну кінцівка укладається в лангету в положення, досягнуте під час занять [3, 6].

При розвитку опікового виснаження, ускладненнях III періоду, необхідно знизити фізичне навантаження через різку атрофію м'язів і стійкі розлади діяльності серцево-судинної та інших систем. Заняття проводяться обережно, вправи мають бути спрямовані на підвищення загального тону, підтримання діяльності основних систем організму, на боротьбу з атрофіями, контрактурами і тугорухливістю суглобів. Вправи виконують з полегшених вихідних положень, у теплій ванні, а рухи в ушкоджених ділянках з невеликою амплітудою і у повільному темпі. Рекомендується надсилання імпульсів до рухів, скорочення м'язів, симетричних пошкодженій ділянці тіла.

У методику лікувальної гімнастики і руховий режим вносять корективи з приводу оперативного втручання (пересадка шкіри або клаптя тканини), яке може бути неодноразовим за час перебування хворого у лікарні. Це зобов'язує підготувати його до операції, дібрати і навчити фізичних вправ, які він буде виконувати після неї в умовах нового рухового режиму.

Лікувальну гімнастику призначають через кілька годин після операції. Вона складається з дихальних вправ і рухів у дрібних суглобах здорових кінцівок. Особливу увагу приділяють дихальним вправам при пересадці шкіри на ділянку грудей, живота і спини, застосовуючи таку методику і тип дихання, які б не зсунули її з місця. Активні рухи в суглобах оперованої області починають з 7-10-го дня і виконують у повільному темпі з невеликою амплітудою.

Приживлення пересадженої шкіри чи клаптя тканини, ліквідація дефектів шкірного покриву означає початок IV періоду опікової хвороби – одужання. ЛФК націлена на відновлення функцій опорно-рухового апарату, обсягу рухів у суглобах, збільшення маси і сили м'язів, розроблення контрактур; формування компенсацій і навчання нових рухових навичок; покращання діяльності серцево-судинної і дихальної систем, адаптацію до фізичних навантажень побутового і трудового характеру.

ЛФК застосовують у формі лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, багаторазових самостійних занять, лікувальної ходьби. Останнє має дуже велике значення, оскільки хворий, нерідко за довготривале перебування у ліжку, втрачає навичку ходьби. Тому з початком напівпостільного рухового режиму основну увагу приділяють навчання ходьби, попередньо використовуючи імітаційні вправи і вправи для зміцнення м'язів, що беруть участь у цьому руховому акті. Призначають вправи і

корекцію положенням у воді. Це розм'якшує і розтягує тканини, сприяє збільшенню амплітуди рухів і виправленню контрактур. У подальшому розширюється коло фізичних вправ, що застосовуються.

У випадках, коли результатом лікування опікової хвороби буде інвалідність, зусилля реабілітолога і хворого мають бути спрямовані на формування постійних компенсацій, навчання нових рухових навичок, підготовку до побутових дій і самообслуговування [3, 4, 5].

Висновки.

Виходячи з вищепереліченого, можна зробити висновок, що лікувальна фізична культура є невід'ємною складовою частиною відновного лікування постраждалих після опіків різного ступеня важкості та використовується поряд з медикаментозною терапією та засобами фізичної реабілітації.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою та науковим обґрунтуванням комплексної програми фізичної реабілітації після опіків III А ступеня в умовах стаціонару.

Література:

1. Медицинская реабилитация / под ред. акад. РАМН, проф. В.М. Боголюбова. – Т. 3. – Москва - Пермь: ИПК «Звезда», 2007. – 378 с.
2. Медицинская реабилитация: [руководство для врачей] / под редакцией В.А. Епифанова. – М.: МЕД-пресс-информ, 2005. – 286 с.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 458 с.
4. Полеся Г.А. Лечебная физическая культура в лечении ожоговой болезни. – К.: Здоровье, 1979. – 94с.
5. Попова С.Н. Физическая реабилитация [издание 2 – е] / С.Н. Попов. – Ростов н/Д: издательство «Феникс», 2004г. – 608 с.
6. Сокрут В.М. Медицинская реабилитация в терапии: [электронный ресурс] / В.М. Сокрут, В.М. Казаков, Е.С. Поважная. – 80 Min / 700 MB. – Донецк: Донецкий ГМУ, 2003. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM); 12 см. – Систем. требования: Pentium; 32 Mb RAM; Windows 95, 98, 2000, XP; MS Word 97-2000.
7. Физическая реабилитация: [учебник для студентов академий и ин-тов физ. культ] / под ред. проф. Попова С.Н. - Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 605с.

Інформація про авторів:

Каніщева Оксана Павлівна к. фіз. вих., доцент (ХДАФК).
Вялих Олександр Миколайович, студент 4 курсу денного відділення (ХДАФК).
Кафедра фізичної реабілітації і рекреації
Харківська державна академія фізичної культури