

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ В КОМПЛЕКСІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

¹Ольга Білецька, ¹Світлана Манучарян, ²Рашад Далі Ахмад Рамі

Харківський національний медичний університет, ¹Україна, ²Сірія

Анотація. У статті розглядається проблема фізичної терапії осіб після ампутації нижніх кінцівок. Мета дослідження передбачала аналіз ефективності застосування лікувального масажу в комплексі реабілітаційних заходів після ампутації нижньої кінцівки. Як метод дослідження використано синтез даних літературних джерел за темою дослідження.

Ключові слова: ампутація нижніх кінцівок, лікувальний масаж, фізіотерапія, кінезіотерапія

Abstract. The article deals with the problem of physical therapy after amputation of the lower limbs. The purpose of the study was to analyze the effectiveness of therapeutic massage in the complex of rehabilitation measures after amputation of the lower limb. As a research method, a synthesis of data from literary sources on the topic of research is used.

Keywords: amputation of the lower limbs, therapeutic massage, physiotherapy, kinesiotherapy.

Вступ. Щодня через повномасштабну війну Росії проти України багато її героїв отримують поранення різного ступеня тяжкості під час ведення бойових дій. Це безпосередньо поранення магістральної судини, мінно-вибухове розчленування, вибухове розтрощення, що в результаті ускладнення спричиняють втрату частини кінцівки або самої кінцівки. Звичайно, постраждалим надається перша кваліфікована медична допомога, спеціалізована у військових шпиталях та спеціалізованих медичних закладах. Але дуже важливе значення має також і подальша реабілітація військовослужбовців для відновлення їх функцій і можливості повноцінно працювати і жити в суспільстві. І на сьогоднішній день ця проблема є дуже

актуальною.

Метою дослідження було теоретично дослідити ефективність застосування лікувального масажу у комплексі різноманітних засобів фізичної терапії після ампутації нижньої кінцівки.

Результати дослідження. Реабілітація військовослужбовців після поранень потребує тривалого часу, який може тривати від 1-2 до 5-6 місяців і більше. Це вимагає терпіння та наполегливості не тільки самого пораненого, а й професіоналізму, чуйності та терпіння багатопрофільного медичного персоналу. Важливим у їх реабілітації є правильний і комплексний підхід та вибір оптимальних технічних засобів для найбільш ефективного впливу в тій чи іншій ситуації. Це й визначає швидкість реабілітаційних заходів, комфортне перенесення процедур та відповідний результат.

Фізична терапія після ампутацій застосовується за трьома періодами: ранній післяопераційний, що триває з часу операції до зняття швів; період підготовки кукси і хворого до протезування, який охоплює час від зняття швів до здатності хворого користуватись протезом; період опанування постійним протезом. Два останні періоди проходять, переважно, в денному стаціонарі, поліклініці реабілітаційних відділеннях і центрах [8, 10].

Загальними завданнями раннього післяопераційного періоду є профілактика післяопераційних ускладнень, покращення кровообігу та попередження атрофії м'язів в куксі, стимуляція процесів регенерації.

Після хірургічних операції хворий тривалий час перебуває в нерухомому стані, що веде до ослаблення м'язового тонусу і досить вираженого больового синдрому. Масаж в цей час вкрай необхідний. Процедуру лікувального масажу залежно від причини ампутації, її обсягу, локалізації і перебігу післяопераційного періоду починають застосовувати на 2-3-тю добу або через 7-10 днів. Завдання масажу: профілактика післяопераційних ускладнень; зменшення болю, тонусу м'язів та набряку тканин; активізація крово- і лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів; попередження атрофії м'язів, тугорухливості, контрактур; сприяння утворенню рухомого рубця і

формуванню кукси. В цей час застосовують сегментарно-рефлекторні впливи в ділянці відповідних паравертебральних зон. Для зниження тону м'язів, що охоплені рефлекторними контрактурами, використовуються прийоми площинного і охоплюючого погладження, розтирання кінчиками пальців, штрихування, пиляння. Суглоби масажують прийомами погладження і розтирання. Обов'язково масажують збережену кінцівку. Протипоказання до застосування масажу: тяжкий стан хворого, сильний біль у куксі, можливість появи кровотечі [3, 5, 6].

У період підготовки кукси і хворого до протезування вкрай важливою проблемою є природна реакція тіла на хірургічне втручання – набряк після операції. За нормальних умов через 1-2 тижні він проходить. У цей період для зниження набряку застосовується бандаж. При набряку, що не спадає, крім іншого лікування рекомендується лімфодренуючий масаж, що виконується досвідченим фахівцем, а також використання еластичного бинта або компресійного чохла.

Накладення еластичної пов'язки – традиційний спосіб лікування набряків. Спочатку накладення бинта виконує медичний персонал, потім цього навчають пацієнта чи його родичів, так як цю процедуру можна виконувати вдома. Занадто вільна пов'язка не матиме бажаного ефекту, а занадто тісна (не затягнута на кінці кукси, але стискає її вище) може пошкодити тканини. Еластична пов'язка корисна для лікування набряків, але вона не така ефективна без інших комплексів догляду за куксами. Крім того, за відсутності регулярних вправ, пов'язка може стати причиною виникнення спастичних явищ і розвитку контрактури, які залежать від локалізації і рівня ампутації. Наприклад, якщо кукса у верхній третині стегна, то виникають згинально-відвідні контрактури, а в середній третині стегна – згинальні. У випадках двосторонньої ампутації стегон ці контрактури доповнюються ще зовнішньою ротацією культі. Після ампутації гомілки розвиваються переважно згинальні контрактури у колінних суглобах. При куксах стоп виникає згинальне положення у гомілковостопних суглобах [2, 3, 5].

Після зняття швів під час підготовки кукси і хворого до протезування застосовують щадний масаж кукси з допомогою площинного і охоплюючого погладжування, щипцеподібного розтирання, обходячи в перші дні операційний шов. У подальшому для загартовування кукси застосовують розминання у вигляді валяння, зміщення, розтягування, та вібраційні прийоми – поплескування, постукування, рубання, стьобання. Проводять дренажний масаж. За наявності контрактур масажують укорочені м'язи, використовуючи енергійні прийоми розтирання, розминання та вібрації, які застосовуються разом з редресуючими рухами в ураженому суглобі [6].

З метою підготовки кукси до опорної функції та протезування диференційовано застосовують прийоми глибокого розминання і вібрації, зміцнюють м'язи, що збереглися після ампутації: в ділянці стегна – привідні м'язи і розгиначі стегна; при ампутації в ділянці гомілки – литковий м'яз та ін. Кукса масажується прийомами площинного циркулярного і охоплюючого погладжування, розтирання, щипцеподібного розминання. В ділянці дистального конусу проводять: вібрацію, поколачування, рубання, стьобання. При стійких міогенних контрактурах застосовують сильні короткочасні багатократні ручні або механічні вібрації. Тривалість процедури 10-20 хвилин, щоденно або через день (курс 20-25 процедур). При зміцнілому післяопераційному рубці показаний підводний душ-масаж і механомасаж.

Під час підготовки кукси до тимчасового протезу необхідно ретельно підготувати шкіру, поступово загартовуючи післяопераційний рубець і інші м'які тканини кукси, які не звикли до контакту з гільзою та до осьових навантажень. Хворому через тиждень після операції рекомендується м'яко доторкатися і обережно поплескувати в ділянці верхівки кукси. На 10-14-й день після загоєння операційної рани всю поверхню кукси 2-3 рази на день по 10-15 хв обстукувати дерев'яною паличкою, обкрученою ватою. В цей час розпочинається тренування осьового навантаження кукси: хворий натискує її верхівкою спочатку на м'яку, потім на тверду поверхню, вкриту декількома шарами поролону, і переносить до 10 % маси тіла. Поступово кількість шарів

зменшується, а час навантаження й відсоток перенесення маси тіла збільшується. Через 2-3 тижня після початку таких осьових навантажень на куксу хворий буде спроможним утриматись на твердій опорі 5 с, що свідчить про його здатність ходити з протезом. Одночасно з цими діями формують куксу шляхом щоденного бинтування (бандажування) її від верхівки до основи [7, 10].

Період опанування постійним протезом розпочинається після адаптації хворого до тимчасового протеза і заміною його на постійний. В цьому періоді лікувальний масаж призначають для підвищення загального тону організму, ліквідації м'язових атрофій, нормалізації скорочувальної здатності усічених м'язів, поліпшення пружних властивостей і адаптації тканин кукси до користування протезом, підвищення її опороздатності. Використовують загальний і місцевий масаж. Особливу увагу приділяють масажуванню тих м'язів, які забезпечують рухи ампутованою кінцівкою та тих, які типово атрофуються після ампутацій: стегна – привідні і розгиначі стегна; гомілки – чотириголовий м'яз стегна, згиначі колінного суглоба; стопи – розгиначі стопи.

Масажування кукси і м'язів ампутованої кінцівки проводяться з використанням енергійних прийомів: перетинання, пиляння, валяння, розтягування, зміщення, стьобання, струшування. Також рекомендується підводний душ-масаж [3, 5].

Важливо враховувати, що підготовка пацієнта до протезування починається одразу після ампутації із застосуванням повного комплексу лікувально-відновлюючих засобів, серед яких найбільшим реабілітаційним ефектом володіють терапевтичні вправи, лікувальний масаж, фізіотерапія, заняття на тренажерах, тощо.

Рання мобілізація провідна форма кінезіотерапії. Тренування м'язів та профілактика контрактур суглобів під час підготовки до протезування проводиться з урахуванням певних завдань: сприяти формуванню рухомого, м'якого, еластичного рубця, не спаяного з розташованими під ним тканинами; попередити атрофію м'язів кукси; тренувати почуття рівноваги і координацію рухів, максимально розвинути компенсаторні рухові навички. Дуже важливо

зміцнювати і тренувати м'язи здорової ноги і спини, а також відновити повний обсяг рухів у всіх суглобах кукси. Для розвитку м'язово-суглобового відчуття після ампутації кінцівки (кінцівок) рекомендують акцентувати увагу на зміцненні необхідних груп м'язів при певних рівнях ампутації. Так, при ампутації на рівні гомілки необхідно зміцнювати розгиначі колінного суглоба і мускулатуру непошкодженої нижньої кінцівки. Якщо ампутація проведена на рівні стегна, то приділяють увагу розгиначам і м'язам які відводять кульшовий суглоб та мускулатурі непошкодженої нижньої кінцівки. У важких випадках при двосторонній ампутації стегон – м'язи спини, черевного преса, сідничних м'язів і м'язів рук.

Методи фізіотерапії займають важливе місце у процесі формування кукси, зниженні больового синдрому, набряків, лікуванні пороків і хвороб кукс. Фізіотерапія спрямована на поліпшення функціонального стану ЦНС та інших систем організму, санації вогнищ хронічної інфекції, попередження післяопераційних ускладнень [1, 8, 10].

Висновки. Чітких правил щодо необхідних процедур і тривалості реабілітаційного процесу після ампутації не існує. У середньому, процес займає кілька місяців і схильний до впливу безлічі факторів, а саме дотримання своєчасних покрокових заходів, таких як: процедури з ліквідації набряку (протинабрякова терапія), догляд за куксою, профілактика та лікування контрактур, нормалізація поверхневої чутливості, нормалізація функцій всіх основних систем організму, підвищення загальної витривалості організму, підготовка м'язової системи пацієнта до якнайшвидшої вертикалізації, тощо. До комплексу засобів відновлення входять фізіопроцедури, лікувальний масаж, терапевтичні вправи, психологічна допомога, заняття на тренажерах, остеопатія, загальнофізична підготовка. Тривалість та інтенсивність реабілітації залежить від віку, стану здоров'я, психологічного настрою пацієнта. Всі своєчасно розпочаті заходи здатні значно скоротити терміни післяопераційного відновлення та забезпечити успішне раннє протезування і повернення пацієнта до повноцінного життя.

Перспективи подальших досліджень – вдосконалення програми комплексної фізичної терапії для груп пацієнтів з різними рівнями ампутації нижніх кінцівок. При цьому актуальним є дослідження тренувального процесу з урахуванням анатомо-функціональних можливостей кістково-суглобової системи ампутуваних пацієнтів.

Література.

1. Безсмертний Ю.О. Медична реабілітація хворих з місцевим больовим синдромом в ампутаційних куксах нижніх кінцівок // *Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів : матеріали наук.-практ. конф. Дніпропетровськ, 2005. С. 240-242.*

2. Вакуленко Д.В., Вакуленко Л.О. Кутакова О.В., ін. Лікувально-реабілітаційний масаж : навч. посіб. Київ: ВСВ «Медицина», 2020. 568 с.

3. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.

4. Ісаєв Ю.О. Сегментарно-рефлекторний і точковий масаж у клінічній практиці. Київ: Здоров'я, 1993. 320 с.

5. Кирилюк В.В., Сітовський А.М. Лікувальний масаж при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату: методичні рекомендації. Луцьк, 2022. 45 с.

6. Куничев Л.А. Лечебный массаж. 4 изд. стер. Киев: Выща школа, 1990. 288 с.

7. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ: Олімпійська література, 2009. 203 с.

8. Мухін В.М. Фізична реабілітація в травматології: монографія. Львів: ЛДУФК, 2015. 428 с.

9. Пілашевич А. А. Фізична реабілітація при ампутації нижніх кінцівок. Київ. Б.В., 2006. 81 с.

References

1. Bezsmertnyi Yu.O. Medychna rehabilitatsiia khvorykh z mistsevym bolovym

syndromom v amputatsiinykh kuksakh nyzhnikh kintsivok // Innovatsiini diahnostychni tekhnolohii v medyko-sotsialnii ekspertyzi i reabilitatsii invalidiv : materialy nauk.-prakt. konf. Dnipropetrovsk, 2005. S. 240-242.

2. Vakulenko D.V., Vakulenko L.O. Kutakova O.V., in. Likuvalno-reabilitatsiinyi masazh : navch. posib. Kyiv: VSV «Medytsyna», 2020. 568 s.

3. Iefimenko P.B., Kanishcheva O.P., Beziazychna O.V. Masazh ditei ta doroslykh riznogo viku : navchalnyi posibnyk. Kharkiv: FOP Brovin O.V., 2021. 304 s.

4. Isaiev Yu.O. Sehmentarno-reflektionryi i tochkovyi masazh u klinichnii praktytsi. Kyiv: Zdorovia, 1993. 320 s.

5. Kyryliuk V.V., Sitovskyi A.M. Likuvalnyi masazh pry zakhvoriuvanniakh ta travmakh oporno-rukhoveroho aparatu: metodychni rekomendatsii. Lutsk, 2022. 45 s.

6. Kunychev L.A. Lechebnyi massazh. 4 yzd. ster. Kyev: Vyshcha shkola, 1990. 288 s.

7. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia. Kyiv: Olimpiiska literatura, 2009. 203 s.

8. Mukhin V.M. Fizychna reabilitatsiia v travmatolohii: monohrafiia. Lviv: LDUFK, 2015. 428 s.

9. Pilashevych A. A. Fizychna reabilitatsiia pry amputatsii nyzhnikh kintsivok. Kyiv. B.V., 2006. 81 s.

Відомості про авторів

Білецька Ольга Михайлівна: доктор медичних наук, професор; Харківський національний медичний університет, Україна.

Манучарян Світлана Валентинівна, старший викладач, Харківський національний медичний університет, Україна.

Рашад Далі Ахмад Рамі, здобувач вищої освіти, Харківський національний медичний університет, Сирія.