УДК 796:[615.8-089.873:611.718]
Мазінова М.Ю.[1], Савченко В.М.[2]
[1]студентка, Київський університет імені Бориса Грінченка;
[2]д-р мед. наук, професор, Київський університет імені Бориса Грінченка

ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ВІЙСЬКОВИХ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Актуальність теми. Останнім часом доволі стрімко зросла кількість осіб, які мають ампутації нижніх кінцівок. За статистичними даними, щорічно в Україні виконується понад 10 000 ампутацій на різних сегментах кінцівок [1]. Окреме та водночас в Україні особливе місце серед них займають ампутації нижніх кінцівок у військових [2]. Вибухові травми є значною проблемою в Україні, що пов'язано зі збройною агресією росії проти України. Такі ампутації у військових, які є молодими особами, призводять до інвалідизації та тривалої непрацездатності, суттєвих змін психічного стану та зниженню якості життя постраждалих. Пацієнти після ампутації нижніх кінцівок потребують проведення комплексних цілеспрямованих програм фізичної реабілітації, направлених на відновлення та компенсацію функції втраченої кінцівки, відновлення та підтримку рівня фізичної активності, покращення психічного стану та якості життя постраждалих [2].

Мета дослідження – оцінити вплив програми фізичної терапії на якість життя військових з ампутаціями нижніх кінцівок.

Матеріал дослідження. В дослідження включено 21 пацієнта, які були військовими, отримали вибухову травму, що завершилася ампутацією однієї нижньої кінцівки на рівні гомілки. Всі пацієнти були чоловіками. Їх середній вік (M±S) склав 51,80±2,42 років. Відібрані пацієнти були поділені випадковим чином на дві групи – основну (n=11) та контрольну (n=10). Групи відрізнялися за змістом реабілітаційних впливів.

Методи дослідження. Якість життя пацієнтів вивчено шляхом застосування опитувальника MOS SF-36 [3, 4].

Методи реабілітаційного впливу. Пацієнти проходили комплексну фізичну реабілітацію. Виділяли три основних періоди реабілітації: 1) ранній післяопераційний (з дня операції та до зняття швів); 2) період до протезування (з дня зняття швів і до отримання протезу); 3) період оволодіння протезом. Курс реабілітації складав 4 тижня.

Програма фізичної терапії основної групи включала: 1) формування навичок переміщення та ходьби без нижньої кінцівки (без та з протезом); 2) фізичні вправи (комплекс лікувальної гімнастики без та з

протезом); 3) лімфодренажний масаж (мануальні та апаратні процедури); 4) фізіотерапевтичні процедури (електростимуляція м'язів); 5) кінезіотейпування.

Комплекс лікувальної гімнастики на різних етапах реабілітації включав: терапевтичні вправи для укріплення кукси, вправи на покращення рухливості та мобільності в ліжку, вправи на відновлення самостійності та догляду за собою, вправи на укріплення м'язів антагоністів, вправи з обтяженням з гімнастичними резинками для збільшення сили, вправи на покращення спритності, вправи на біговій доріжці для покращення витривалості, вправи на корекцію ходи за умови наявності протеза, вправи на балансувальних платформах для відновлення рівноваги за умови наявності протеза тощо. Лікувальна гімнастика використовували щодня спочатку тривалістю 10-15 хвилин, поступово збільшуючи її до 20-25 хвилин; також проводили короткі (тривалістю 5-7 хвилин) самостійні заняття 5–6 разів на день.

Формування навичок переміщення та ходьби без нижньої кінцівки на різних етапах реабілітації включало: навчання безпечному переміщенню в ліжку та сідання в ліжку, заняття на вертикалізаторі у палаті та реабілітаційному залі, підвісна терапія. заняття на спеціальній підвісній рейці, заняття на реабілітаційних брусах для відновлення ходи, заняття на реабілітаційних сходах та пандусі для покращення мобільності тощо.

Лімфодренажний масаж являв собою мануальний та апаратний вплив на лімфоток кінцівок. Спочатку проводилися мануальні процедури, потім – апаратні. Мануальний масаж починати на 2-3 добу. Масажні рухи виконували за напрямками лімфатичної циркуляції. Під час процедур апаратного лімфодренажу компресія здійснювалася послідовно від периферичних відділів кінцівок до центру тіла. Процедури проводили щодня, поступово збільшуючи тривалість сеансу залежно від розміру проблемної зони. Курс лімфодренажного масажу складав 13-15 процедур.

Електростимуляцію починали проводити з моменту зняття швів. Впливи здійснювали при нейропатії нервів гомілки та стегна залежно від рівня ампутації. Застосовували методику II та III рід роботи, сила струму до 15 міліампер (до початку больових відчуттів). Тривалість процедури 10-15 хвилин. Процедури проводили щодня або через день залежно від загальнофізичного стану здоров'я пацієнта. Курс електростимуляції м'язів складав 10-12 процедур.

Кінезіотейпування використовували як альтернативу тугому бинтуванню для формування кукси. Тейпування починали проводити з моменту зняття швів. Процедура являла собою подвійне перехресне

тейпування зі зсувом по осі на 450 та подвійне колове накладання тейпів з замикаючими якорями. Загальна тривалість однієї аплікації 3-5 днів. Перерив між тейпоаплікаціями – 1 доба. Тривалість курсу кінезіотейпування – 3 тижні. За необхідності курс повторювався через 1 тиждень. Кінезіотейпування здійснювали до встановлення тренувального протезу.

Програма фізичної терапії контрольної групи включала: 1) формування навичок переміщення та ходьби без нижньої кінцівки (без та з протезом); 2) фізичні вправи (комплекс лікувальної гімнастики без та з протезом); 3) лімфодренажний масаж (лише мануальні процедури).

Результати дослідження. Динаміка показників якості життя наведена в табл. 3.1. Вона була кращою в основній групі, про що свідчать більш значні зсуви показників опитувальника MOS SF-36 за результатами фізичної терапії: «фізичне функціонування» – на 20,1±1,7 балів (в контрольній групі – на 12,2±1,3 балів $p<0,01$), «рольове (фізичне) функціонування» – на 14,3±1,3 балів (в контрольній групі – на 5,8±0,9 балів $p<0,01$), «біль» – на 12,4±1,2 балів (в контрольній групі – на 7,1±1,0 балів $p<0,05$), «загальне здоров'я» – на 15,2±1,6 балів (в контрольній групі – на 9,6±0,9 балів $p<0,01$), «життєздатність» – на 11,5±1,2 балів (в контрольній групі – на 4,7±0,7 балів $p<0,01$), «соціальне функціонування» – на 8,6±0,8 балів (в контрольній групі – на 7,2±0,9 балів), «емоційне функціонування» – на 10,0±1,1 балів (в контрольній групі – на 6,8±0,8 балів $p<0,05$), «психологічне здоров'я» – на 17,2±1,6 балів (в контрольній групі – на 13,1±1,2 балів; $p<0,05$).

Таблиця 1

Динаміка показників якості життя за опитувальником MOS SF-36 за результатами фізичної терапії (бали)

Показники	Контрольна група (n=10)				Основна група (n=11)			
	До		Після		До		Після	
	M	S	M	S	M	S	M	S
Фізичне функціонування (PF)	32,1	3,0	44,3	3,3*	30,0	2,9	50,1	3,2*,#
Рольове (фізичне) функціонування (PR)	25,0	1,9	30,8	1,9*	22,1	1,8	36,4	2,3*,#
Біль (BP)	36,2	2,5	43,3	2,9*	35,2	2,6	47,6	2,8*,#
Загальне здоров'я (GH)	30,5	2,3	40,1	2,7*	30,0	2,5	45,2	2,6*,#

Продовження Таблиці №1

Життєздатність (Vitality)	30,5	2,3	35,2	2,2*	26,3	2,5	37,8	2,4*,#
Соціальне функціонування (SF)	29,3	2,3	36,5	2,6	30,0	2,4	38,6	2,5*,#
Емоційне функціонування (RE)	32,6	2,5	39,4	2,2	32,2	2,6	42,2	2,6*,#
Психологічне здоров'я (MH)	41,1	2,6	54,2	2,4*	42,1	2,7	59,3	2,7*,#

Примітка: *– відмінність статистично значущі з показниками до фізичної терапії, ($p<0,05$). ** – відмінність статистично значущі з показниками контрольної групи, ($p<0,05$).

Висновки. Застосування програм фізичної терапії призводить до покращення якості життя за опитувальником MOS SF-36 пацієнтів з ампутаціями нижніх кінцівок. Динаміка показників якості життя була більш кращою у групі, пацієнтам якої застосувалася запропонована програма фізичної терапії (формування навичок переміщення та ходьби без нижньої кінцівки (без та з протезом); комплекс лікувальної гімнастики (без та з протезом); лімфодренажний масаж (мануальні та апаратні процедури); електростимуляція м'язів; кінезіотейпування).

Список використаних джерел

1. Герасименко О. С. Передумови розробки комплексної програми фізичної реабілітації осіб з ампутаціями нижніх кінцівок на рівні гомілки. *Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура.* 2016; (23): 50-59.

2. Медична та фізична терапія при бойових ушкодженнях кінцівок на етапах відновного лікування. / Б.А. Пустовойт, С.А. Калмиков, Ю.С. Калмикова та ін. Х.: ТОВ «Планета-прінт», 2019. 304 с.

3. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski [et al.]. The Health Institute, New England Medical Center. Boston: Mass, 1993 . 198 p.

4. Фещенко Ю. І., Мостовой Ю. М., Бабійчук Ю. В. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою. *Український пульмонологічний журнал.* 2002. № 3. С. 9 – 11.