

Лекция

« Реабилитация при ампутации протезировании верхней конечности .»

Преодоление психологического барьера. Практика показала, что утрата части конечности связана с тяжёлыми переживаниями и психическими переменами у больного. Чувство целостности и интактности организма, поддерживающее нормальное внутреннее равновесие человека, нарушается, и больной начинает сознательно или несознательно страдать из-за полученного физического недуга. Одна только мысль, что окружающие сосредотачивают внимание на отсутствующей конечности, смущает его, и не даёт покоя. Обычно больные, культура интеллект которых более низкие, труднее переносят психическую травму, причиняющую им ампутации. У таких людей легче наступают перемены характера, и изменяется отношение к окружающим.

Первой и самой важной задачей реабилитационной программы является сбор информации об уровне интеллекта пациентов, его психического состояния, связанного с ампутацией, и морально-волевых качеств его. Так же очень важно знать, каково его отношение к предстоящему протезированию. Всё это входит в обязанности психолога. Далее реабилитационная бригада разрабатывает свою программу на основании данных психологического исследования. Больной должен хорошо понять, предоставить ему протез в смысле функции и косметики. Немало пациентов, которые падают духом, ещё при первом контакте с протезом понимая, что в противовес их ожиданиям они никогда не посмеют здороваться этой искусственной рукой с холодными пальцами. Если больной лабилен в эмоциональном отношении и психически неустойчив и ампутация оставила глубокий отпечаток в его сознании у него, как правило, будет негативное отношение к протезу. Прогноз в таком случае связан с отказом от механической руки и использованием её исключительно как косметической. Особенно тяжёлыми

бывают иногда переживания молодых людей, у которых могут начаться неврозы, а иногда развитие психических состояний.

Преодоление психического барьера – основная задача реабилитационной бригады. Эту задачу нужно осуществлять при непосредственной помощи родных больного. Необходимо, как можно скорее воспринять ампутацию как совершившийся и необратимый факт, как реальность, которая не должна превращаться в «цент вселенной», но и, ни в коем случае нельзя её полностью элиминировать из повседневной жизни. Как только больной осознает, то отсутствие конечности – необратимое событие, он примиряется с этим и готов для протезирования.

В первые несколько недель после ампутации пока не будет изготовлен протез для больного, усилия сосредотачиваются на тренировке мышц культи. Проводятся усилия для восстановления полной пассивной и активной подвижности суставов повреждённой конечности. При подлоктевых ампутациях тренируются в основном ротационные движения культи и сгибание-разгибание локтевого сустава. Так же подвергаются изометрическим упражнениям мышцы-двигатели отсутствующих частей конечностей в целях поддержать трофику культи и как подготовку для использования биточковой кисти. В этот период полезно для больного наладить контакт с другими обучающимися пациентами, уже снабжёнными протезами. Очень важно в период до ношения протеза начать активную работу для превращения здоровой руки в доминантную. При ампутации одной руки этот процесс неизбежен и его следует стимулировать как можно раньше.

Обучение использованию протеза. Больному предлагаю ознакомиться с протезом, изучить устройства его и отдельных частей. Его формируют о рабочих данных протеза- об объёме размыкания пальцев и большого пальца, силе захвата и способе регулирования силы пружинного захвата. Затем его обучают надевать и снимать протез. Для лиц с односторонней ампутацией

это не составляет трудности. После того, как больной усвоит эти процессы, приступают к самой сути задачи - тренировки специфических движений для активизации протеза и включение его в общий двигательный стереотип.

При механической кисти с активным размыканием и пассивным захватом начинают с упражнений плечевого пояса для вытягивания кабеля(троса) и размыкание пальцев и большого пальца.

Это можно выполнять тремя способами: выдвигая вперёд противоположное ампутации плечо, выдвигая плечо со стороны ампутации или округляя спину, то есть, выдвигая оба плеча вперёд.

Постепенно больной привыкает двигать плечами по наиболее выгодному ему способу. Необходимо стремиться осуществлять натяжение плечевого ремешка – восьмёрки и кабеля по возможно короткому пути и наиболее экономно при минимальном участии в нём здоровой конечности, чтобы не нарушать двигательную независимость. Умение раскрывать механическую кисть сначала тренируют при согнутом в 90градусов и прижатом к туловищу плече. В дальнейшем это движение проделывают при различных положениях протеза относительно тела. Захват начинают тренировать, используя мягкие предметы средних размеров и тяжести, постепенно внося разнообразия в них в смысле консистенции, формы и размеров.

Особое внимание обращают на координацию источника силы с движениями протеза для захвата и выпуска предмета.

Критерием хорошо усвоенного захвата и координации является взятие в «руку» стакана воды, поднесение его ко рту, выпивание части содержимого и возвращение стакана на стол.

Следующий этап обучения охватывает совместные движения здоровой руки и протеза. Сопряжённые движения больные воспринимают как особенно полезные и сразу включают их в действие. Однако с них не следует начинать, так как мешает самостоятельному использованию протеза. Затем

разучивают и усваивают элементы повседневной деятельности и самообслуживания – приём пищи, бритьё, туалет и др. в конце прилагают усилия для достижения совершенства в захвате, силовом контроле и самообслуживании протезом. Движение в плечевом поясе упрощают и рационализируют таким образом, чтобы они не мешали самостоятельным движением пострадавшей конечности.

Обучение пользованию механическими протезами может длиться несколько дней и в течение более длительного периода, так как это зависит от уровня интеллекта, морально – волевых качеств и возраста больного.

Обучение больных с биотоковыми протезами происходит легче и осуществляется оно в значительно короткие сроки – за несколько часов или дней. В таком случае задача заключается в усвоении различных степеней сокращения командующих мышц с целью получить потенциалы действий определённой амплитуды. Это необходимо для обеспечения дозированных движений и силы захвата.