

## **Efektywność rehabilitacji osoby starszej po amputacji udowej prawostronnej – opis przypadku**

### ***The efficiency of rehabilitation of 79 years old patient after thigh amputation - case study***

**Adrianna Borowicz<sup>1,2</sup>, Katarzyna Wieczorowska-Tobis<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup> Oddział Rehabilitacji i Fizjoterapii SPZOZ w Wolsztynie

<sup>2</sup> Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedry i Zakładu Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

<sup>3</sup> Oddział Geriatryczny Szpitala „Dziekanka” w Gnieźnie

#### **Streszczenie**

W pracy przedstawiono przebieg rehabilitacji 79-letniej pacjentki po amputacji udowej kończyny dolnej prawej. Pacjentkę przyjęto na oddział rehabilitacyjny 3 miesiące po zabiegu celem usprawnienia. W wyniku rehabilitacji uzyskano znaczne zwiększenie samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych, mierzone poprawą w skali Barthel z 60 do 95 punktów. Tak znaczną poprawę uzyskano między innymi dzięki motywacji pacjentki i włączeniu rodziny w proces usprawniania. *Geriatría 2007; 1: 60-62.*

*Słowa kluczowe: amputacja udowa, rehabilitacja, skala Barthel*

#### **Summary**

In this paper the course of rehabilitation of 79 year old subject after thigh amputation is presented. The patient was admitted to rehabilitation unit 3 months after the surgery to improve her functional status. According to Barthel index, her functional independence improved significantly during hospital stay (from 60 to 95 points). This excellent result was reached at least partially due to patient's motivation and the involvement of the family into the rehabilitation procedure. *Geriatría 2007; 1: 60-62.*

*Keywords: thigh amputation, rehabilitation, Barthel index*

Pacjentka AC, lat 79, została przyjęta na Oddział Rehabilitacji i Fizjoterapii SPZOZ w Wolsztynie celem usprawnienia 3 miesiące po amputacji udowej prawej kończyny z powodu jej niedokrwienia w przebiegu miażdżycy zarostowej tętnic.

W chwili przyjęcia kikut był całkowicie zagojony, niebolesny, niewrażliwy na dotyk. Stosowano bandażowanie na noc. Pacjentka posługiwała się protezą tymczasową podciśnieniową (ze sztywnym przegubem kolanowym z funkcją otwieranego zamka, co pozwalało na zgięcie przegubu kolanowego w pozycji siedzącej).

W skali Barthel, oceniającej samodzielność w zakresie podstawowych czynności życiowych,

pacjentka uzyskiwała 60 punktów (wymagała pomocy przy kąpielach i podczas korzystania z toalety; przy ubieraniu dolnych części garderoby; z pomocą potrafiła się przemieścić z łóżka na wózek inwalidzki; z założoną protezą, potrafiła przejść zaledwie kilka kroków przy balkoniku; nie potrafiła wchodzić, ani schodzić po schodach). Leżąc w łóżku nie była w stanie przewrócić się z boku na bok. Jedynie z pomocą uchwytu przy łóżku potrafiła samodzielnie usiąść i podczas siedzenia zachowywała równowagę.

Pacjentka była zmotywowana do podjęcia działań usprawniających - bardzo chciała chodzić. Pomimo amputacji i wynikającej z zabiegu niesprawności, cieszyła się z tego, że żyje i „zamierzała żyć tak długo

*jak żyła jej mama – czyli do 105 lat*”. Dużą rolę w przygotowaniu pacjentki do pobytu na oddziale odegrała rodzina. Chora była w domu mobilizowana do wykonywania ćwiczeń wzmacniających kończyny górne (ćwiczenia z 0,5l butelkami z wodą); pomagano jej też w pionizacji i podczas prób poruszania się z protezą przy balkoniku. Rodzina przywiozła też do szpitala balkonik i kule do nauki chodzenia tak, aby usprawnić pacjentkę w oparciu o sprzęt, który będzie po powrocie do domu nadal używała.

Podczas pobytu na oddziale, chora uczestniczyła codziennie w gimnastyce porannej, trwającej 15-20 min, zawierającej ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia czynne kończyn górnych i kończyn dolnych – ze szczególnym zwróceniem uwagi na ćwiczenia zapobiegające powstawaniu przykurczów mięśni zginaczy stawu biodrowego, odwodzicieli i rotatorów zewnętrznych. Proszono pacjentkę o powtarzanie tych ćwiczeń w ciągu dnia dwukrotnie - po południu i wieczorem. Chora brała bardzo chętnie udział w ćwiczeniach i pomimo trudności nie poddawała się.

W ramach prowadzonej rehabilitacji zwrócono szczególną uwagę na naukę samodzielnej zmiany pozycji w łóżku, czyli przewracanie się z boku na bok. Uczono ją również bezpiecznego przesiadania się z łóżka na wózek, poruszania się na wózku oraz wstawania z wózka. Dzięki temu pacjentka uzyskała niezależność w zakresie poruszania się po oddziale i jednocześnie wzmacniała mięśnie kończyn górnych. Wcześniejsza pionizacja w warunkach domowych zapobiegła występowaniu hipotonii ortostatycznej w warunkach oddziału.

Pacjentka uczestniczyła w ćwiczeniach indywidualnie prowadzonych z fizjoterapeutą, które przebiegały w dwóch 30-minutowych sesjach, przedzielonych 45 minutową przerwą na odpoczynek. Podczas tych zajęć wykonywano ćwiczenia równoważne służące zmniejszeniu zaburzeń motorycznych występujących podczas stania i chodzenia. Kończyny dolne i górne wzmacniano między innymi poprzez ćwiczenia oporowe z taśmą elastyczną.

Naukę chodzenia w protezie tymczasowej rozpoczęto od nauki samodzielnego zakładania protezy. Niestety z powodu zmian zwyrodnieniowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa z towarzyszącym zespołem bólowym, a także bólu barku prawego, zakładanie protezy przez samą pacjentkę było utrudnione i podczas pobytu w oddziale nie udało się uzyskać całkowitej samodzielności w tym zakresie.

Poinstruowano rodzinę co do sposobu zakładania protezy. Na bolący prawy bark zastosowano leczenie za pomocą ultradźwięków.

Początkowo do leja protezy zakładano pojedynczą bawełnianą pończochę. Wraz z kształtowaniem się kikuta i zmniejszeniem obrzęku zaczęto zakładać podwójne pończochy. Po każdorazowym zdjęciu protezy kontrolowano stan skóry kikuta. Stosowano także miejscowy masaż amputowanej kończyny (w celu hartowania kikuta).

Nauka chodu obejmowała:

- 1) chodzenie między barierkami (zwracano uwagę na długość kroku, postawę ciała, naukę obrotów),
- 2) naukę chodu przy balkoniku,
- 3) naukę chodu z kulami,
- 4) naukę chodu przez przeszkody (różne rodzaje podłoża, progi),
- 5) naukę wchodzenia i schodzenia po schodach.

Stopniowo wydłużano okres czasu przebywania z założoną protezą. Zwiększano także dystans pokonywany podczas spacerów.

Pacjentka przebywała na oddziale przez 6 tygodni. W wyniku rehabilitacji potrafiła samodzielnie poruszać się z kulami oraz wchodzić i schodzić po schodach wymagając jedynie biernej asekuracji. Uzyskała poprawę także w zakresie takich czynności jak: mycie i kąpiel całego ciała i korzystanie z toalety. Wynik oceny samodzielności w skali Barthel wynosił 95 punktów. Znaczna poprawę zaobserwowano również w zakresie równowagi. Według własnej oceny chorej nastąpiło zmniejszenie bólu kręgosłupa, poprawa sprawności i samopoczucia.

## Dyskusja

W Polsce około 70% amputacji kończyn dolnych, to amputacje naczyniowe, a jedną z najczęstszych przyczyn jest niedokrwienie w przebiegu miażdżycy zarostowej tętnic [1].

Protezowanie amputowanych kończyn może być rozpoczęte już około 2 tygodnia po operacji. Zakwalifikowanie do protezowania zależy przede wszystkim od stanu kikuta kończyny oraz wydolności układu krążenia. Wiek nie jest ograniczeniem do stosowania protezowania - jest ono możliwe nawet w 10 dekadzie życia [2].

Ważne jest, aby u osoby starszej jak najwcześniej rozpocząć rehabilitację. Opóźnienie może skutkować nieodwracalnym pogorszeniem sprawności funkcjo-

nalnej wynikającym nie tylko z ograniczonej mobilności i zwiększonego ryzyka upadków, ale i izolacji społecznej oraz depresji. Wczesna pionizacja pacjenta, przeprowadzona w analizowanym przypadku, umożliwia uniknięcie zagrożeń wynikających z hipotonii ortostatycznej, gdyż ryzyko spadku ciśnienia po wstaniu narasta wraz z wydłużaniem czasu unieruchomienia [3].

Niestety pacjenci starsi mają ograniczony dostęp do rehabilitacji. Jest to efektem między innymi ze zbyt małej liczby miejsc na oddziałach rehabilitacyjnych i sporadycznie tylko prowadzonej rehabilitacji domowej niewymagającej finansowego udziału pacjenta. Tak więc chorzy w wieku podeszłym zmuszeni są do długiego oczekiwania na usprawnianie. Dodatkowo, pacjenci starsi i ich opiekunowie nie znają korzyści, jakie mogliby odnieść w wyniku usprawniania lub też nie wiedzą gdzie zgłosić się po niezbędne informacje dotyczące możliwości rehabilitacji [4]. Co więcej brak zainteresowania rehabilitacją lub wręcz niechęć do niej mogą być jednym z objawów depresji. Jednak zamiast zintensyfikować wtedy działania, nie podejmuje ich się wcale tłumacząc to odmową pacjenta.

Rozpoczęcie i kontynuacja ćwiczeń o niewielkiej, czy też umiarkowanej intensywności może przyczynić

się do ograniczenia następstw wielu przewlekłych schorzeń bez względu na wiek [5]. Dowodzi tego przedstawiony schemat usprawniania 79-letniej pacjentki. Niewątpliwie dla tak korzystnego efektu duże znaczenie miała w jej przypadku z jednej strony motywacja, a z drugiej - wsparcie ze strony rodziny. Osiągnięta w ciągu 6 tygodni poprawa samodzielności w zakresie skali Barthel o 35 punktów i uzyskanie po zakończeniu rehabilitacji 95 punktów na 100 możliwych wskazuje na uniezależnienie się chorej od pomocy opiekunów w zakresie podstawowych czynnościach życiowych. Należy zdać sobie sprawę, że zmniejsza to długoterminowe koszty opieki w stopniu nieporównywalnie większym od wymaganych nakładów na rehabilitację.

Adres do korespondencji:

Adrianna Borowicz

Zakład Geriatrii i Gerontologii Katedry i Zakładu Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego im.

K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Świącickiego 6, 60-781 Poznań

E-mail: ada-borowicz@wp.pl

## Piśmiennictwo

1. Nejman B. Amputacje kończyn dolnych- zasady leczenia usprawniającego. *Klinika* 1994; 8: 35-40.
2. Pirowska A, Włoch T, Nowobilski R. Szybkie protezowanie i kompleksowa rehabilitacja po amputacji kończyn dolnych – najważniejsze składniki postępowania fizjoterapeutycznego. *Rehab Med* 2006; 10(1): 15-28.
3. Wieczorowska-Tobis K, Rajska-Neumann A. Hipotonia ortostatyczna u starszych pacjentów. *Geriatr Pol* 2006; 2(2): 159-165.
4. Kądalska E, Cieślak H. Ocena zapotrzebowania na świadczenia zespołu wielodyscyplinarnego w POZ. *Materiały VI Konferencji Opieki Długoterminowej*. Toruń, 2003; 26-28.
5. Mętel S, Jasiak-Tyrkalska B. Wpływ treningu fizycznego wykonywanego na powierzchniach niestabilnych z wykorzystaniem elastycznych taśm do ćwiczeń oporowych na sprawność funkcjonalną oraz jakość życia osób starszych. *Rehabilitacja Medyczna* 2006; 10(3): 35-46.