

В помощь практическому врачу

© Группа авторов, 2006

Методика оценки уровня физической активности больных с ампутацией нижней конечности

А.В. Смирнов, А.А. Вакулин, П.Б. Зотов, Д.Ю. Шаповрев, М.В. Чураков

A technique for assessment of physical activity level in patients with lower limb amputation

A.V. Smirnov, A.A. Vakoulin, P.B. Zotov, D.Y. Shaporev, M.V. Chourakov

Тюменский реабилитационный центр, Тюменская государственная медицинская академия

Реабилитация больных, перенесших ампутацию нижней конечности, представляет собой важную медико-социальную проблему, требующую для ее решения целый комплекс мероприятий [4]. Помимо собственно протезирования необходимыми условиями комплексного подхода являются профилактика и коррекция фантомного болевого синдрома [1, 3], психических нарушений [2]; лечение сосудистой и соматической патологии [5]. Это требует привлечения различных специалистов, взаимодействия медицинской и социальной служб.

Одним из основных показателей эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий этих пациентов является способность самостоятельно ходить на протезе. При традиционных подходах оценки выделяют две основные группы причин, влияющих на ходьбу: зависящие от самого больного и зависящие от протеза [4]. Внедрение в клиническую практику современных методов протезирования требует более точных систем оценки с использованием унифицированных показателей и их балльной градации.

С учетом анализа специальной литературы и собственного клинического опыта нами была разработана, апробирована и используется в настоящее время в практической деятельности унифицированная система оценки уровня физической активности. У каждого больного независимо от уровня ампутации нижней конечности одновременно балльно оцениваются 7 основных показателей, которые при сложении дают 8-й показатель – суммарный балл физической активности.

Система оценки включает:

1. Способность больного самостоятельно надевать протез (от 1 до 3 баллов).
2. Необходимость использования больным при ходьбе дополнительных приспособлений (от 1 до 4 баллов).
3. Дальность дистанции, которую может пройти больной самостоятельно на протезе по плоской поверхности (от 0 до 4 баллов).
4. Изменения скорости и направления самостоятельной ходьбы на протезе (от 0 до 3 баллов).
5. Способность больного преодолевать обычные препятствия, к которым относятся одиночные ступеньки, бордюры и небольшие неровности (от 0 до 4 баллов).
6. Ходьба по лестнице (от 0 до 3 баллов).
7. Управляемость протеза (от 1 до 4 баллов).
8. Объединяя приведенные выше показатели, можно получить суммарный балл физической активности, максимальный уровень которого составляет 25 баллов.

Для динамической оценки уровня физической активности регистрация выраженности всех показателей проводится при первичном обращении больного в реабилитационный центр, затем через 2 недели, 6 месяцев и 1 год.

Практический опыт использования и статистический анализ результатов наблюдения показали высокую эффективность этой системы, способность достаточно точно отражать различные подходы протезирования.

В целом данная система оценки может быть рекомендована для более широкого клинического применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные принципы мультидисциплинарного лечения боли в ортопедии / А. В. Гнездилов [и др.] // Анестезиология и реанимация. – 1998. - № 5. – С. 59-63.
2. Каменченко, П. В. Психологические нарушения приампутациях конечности / П. В. Каменченко, В. Ю. Воробьев // Журнал психиатрии и неврологии им. С.С. Корсакова. – 1992. - № 2. – С. 74-77.
3. Диффинцированная комплексная фармакотерапия фантомно-болевого синдрома после ампутации конечности / М. Л. Кукушкин [и др.] // Анестезиология и реанимация. – 1996. - № 4. – С. 39-42.
4. Руководство по протезированию и ортезированию / Под ред. А.Н. Кейера, А.В. Рожкова. – СПб, 1999. – 624 с.
5. Failure of reducing lower extremity amputations in diabetic patients : results of two subsequent population based surveys 1990 and 1995 in Germany / H. Stiegler [et al.] // VASA. – 1998. – Vol. 27, No 1. – P. 10-14.

Рукопись поступила 15.10.06.