

Опит за изграждане на методика за ежедневна оценка на болката и функционалния дефицит в областта на лакътната става след прекарани травматични увреждания

Стефания Беломъжева-Димитрова

Summary: *The elbow joint represents a complex joint with multiple joint partners, characterized by a high level of congruity of the joint surfaces. The immediate vicinity of the muscles, the availability of tender soft tissue structures and the vegetative innervation within this area make the elbow joint vulnerable to an extent that it reacts with persistent contractures and pain to the various types of traumas and the following immobilization.*

For this reason, the daily evaluation of the functional deficit within the area of the elbow joint after the occurrence of traumas is of crucial importance and lies in the basis of the adequate selection and prescription of the devices and methods of kinezytherapy treatment. This work is focused on these methods of daily dynamic analysis, which allow for a strict control of the treatment process aimed at achieving quick and safe dynamic recovery of the patients.

Keywords: *functional evaluation, functional deficit, pain symptomatic, Kinesytherapy;*

ВЪВЕДЕНИЕ

Травмите на лакътната става-фрактури, луксации или по-тежки дисторзии изискват имобилизация на крайника с различна продължителност, което води до появата на различни функционални ограничения и проблеми.

Ежедневната оценка на болката и функционалния дефицит в областта на лакътната става след травми лежи в основата на адекватния подбор на средствата и дозировката за кинезитерапевтично въздействие. Тук ще разгледаме тези методи за ежедневно функционално изследване, които дават възможност за стриктен контрол на въздействието с цел максимално бързо, но и безопасно функционално възстановяване на пациентите.

Целта на настоящата разработка е да се подберат и систематизират методите и средствата за оценка на функционалния дефицит в областта на лакътната става, които смятаме, че са подходящи за ежедневно приложение след прекарани травматични увреждания

ИЗЛОЖЕНИЕ

Ежедневното изследване на болката и функционалния дефицит в областта на лакътната става е необходимо да започне със снемането на анамнеза от пациента.

Анамнестични данни свързани с болковата симптоматика:

Ежедневният отговор на пациента за моментното му състояние и субективните му усещания е много важен за практиката.

Анамнезата е насочена основно към установяване на ефекта от предходната процедура.

Важно е да бъдат зададени следните въпроси към пациента:

1. Какво е било усещането предишния ден в областта на лакътната става след прилагането на процедурата?

- усещане за болка;
- усещане за изразен дискомфорт;
- не е имало болка и дискомфорт;

2. Ако е имало болка или дискомфорт отшумяли ли са (да или не) и за колко време (минути, един час, два часа или повече)?

3. Какво е усещането в момента на травмираното място?

- за болка;
- за дискомфорт;
- усещане без болка;

4. Преди започването на процедурата как се чувства пациентът?

- по-зле;
- по-добре;
- по същия начин като предишния ден;

Важно е да се установи какво е било въздействието на предходната процедура. Болката и дискомфортът в лакътната става и околоставните тъкани са важни индикатори за предозиране или преждевременно прилагане на определено средство за лечение. В ранните фази от възстановителния процес след травми на лакътната става не бива да се допуска никакво персистиране на болка след процедурата, докато във фазата на функционално възстановяване може да се допусне известно персистиране на болка или дискомфорт, но не повече от 2 часа след процедурата [3].

Оценка на болковата симптоматика:

Предлагаме оценка на болковата симптоматика чрез 6 степени: 0-няма болка; 1-усещане за дискомфорт; 2-минимална болка, 3-умерена; 4-силна болка, 5-нетърпима болка. Болковата симптоматика може да се оцени при прилагането както на всяко средство или метод за функционално изследване, така и при прилагането на всяко лечебно средство или метод. Пациентът може сам да определи степента на болката по тази 6-степенна скала. Анамнезата включва и определяне на нейния характер, както и определяне на точната локализация и момента на проява на болковата симптоматика.

Допълнителни въпроси към пациент при съобщаване за наличие на болка:

5. Каква е степента на болката?

- отговорът варира от 0-5-та степен;

6. Каква е болката?

- остра, пробощаща;
- пареща;
- теглеща (болка от опън);

7. Къде е локализирана болката?

- в дълбочина;
- по повърхност и къде точно (кой сегмент);

8. Кога се проявява болката?

- в покой;
- в началото на обема на движение;
- в края на обема на движение;
- при допълнителен натиск;

В периода непосредствено след свалянето на имобилизацията или в периода на максимална протекция на сегмента (в случаите когато не е имало имобилизация) не бива да се допуска предизвикване на болка. В ранния следимобилизационен период и периода на умерена протекция на сегмента може да се допусне болка спепен 2 (лека болка), както при използването на различните методи и средства за диагностика така и при прилагането на лечебните средства. А в късния следимобилизационен период и периода на функционално възстановяване може да се допусне степен 3 (умерена болка) [3].

Изясняването на параметрите на болката дава възможност да се диференцира болката, предизвикана от опън на разтеглените структури от болката, предизвикана от компресия на ставните повърхности, както и да се прецени доколко може да прогресира прилагането на различните лечебни прийоми. Особено важно е да се изследва въздействието на прилаганите мануални прийоми върху проявите на болката.

Оглед: предлагаме огледът основно като средство за установяване на оток в областта, т.к. отокът е индикатор за предозиране или преждевременно включване на дадено кинезитерапевтично средство.

Чрез зрителна преценка на извършваните движения в късните фази на възстановяване се преценява и координацията и двигателният стереотип при изпълнение на сложни движения и ДЕЖ, като се прави сравнение със здравата ръка [2].

Палпаторно тестване: прилагаме за преценка на мускулния тонус и установяване на мускулна контракция. Този тест през ранните фази на възстановяване се използва за установяване на източниците на мускулния гърд, а по-късно за да се установи мускулното участие при извършване на определена двигателна дейност.

Ъглометрия: измерваме активните и пасивните движения в S и T равнина на лакътната става, които се отчитат с ъгломер по SFTR методиката [1], отчита се разликата от предишните измервания и разликата от нормалния обем на движение в ставата.

Сантиметрия: използваме за установяване и оценка на отока, измерването се извършва на ниво ставна цепка и олекранон, данните се записват ежедневно и се отчитат разликите както от предишния ден така и спрямо здравата лакътна става.

Отчитането на мускулната хипотрофия чрез сантиметрия прилагаме не често от веднъж до два пъти седмично, т.к. мускулната маса се възстановява бавно.

Функционално изследване и оценка:

Изследване на пасивните движения. При наличие на ограничен активен обем на движение се прилага изследване на пасивния обем. Изследването продължава до появата на болка или до достигане на лимитиращ опън на околоставните тъкани или костен блок (т.е. крайния усет).

Пасивните движения се разделят на две групи;

1. Такива, които могат да бъдат изпълнени и активно-физиологични движения;
2. Такива, които не могат да бъдат изпълнени активно-аксесорни движения [2];

При изследване на физиологичните пасивни движения се определя видът на тъканното съпротивление и се отчитат болковите прояви. Резултатите се отразяват ежедневно на двигателната диаграма на Maitland, на фиг. 1



Фигура 1. Двигателна диаграма

Двигателната диаграма предложена от Maitland дава възможност с един поглед да се анализира качеството на движението, отчитайки обема, тъканното съпротивление и болката, както и взаимното повлияване между тези фактори. Компонентите, които се изразяват върху нея се отчитат при пасивното изследване на ставата [2].

При изследване на пасивното движение се отчита:

- разликата в обема на движение между пасивен и активен обем на движение;
- тъканното съпротивление-кога започва да се проявява;

- наличието на болка по време на движение;
 - крайният усет и/или болката в края на обема на движение;
- При изследването се уточнява и моментът на проява на болката:
- болка при покой или при движение;
 - болка по време на целия сектор от движението;
 - болка в края на възможния обем движение;
 - болка при допълнителен натиск;

При установяване на намалена пасивна подвижност в ставата е необходимо изследване на крайния усет, за да се установи причината за намалената подвижност: болка, мускулен гард или спазъм, сраствания, контрактури;

Изследване на крайния усет:

Крайният усет е мануалното усещане за характера на механичното съпротивление, което изледващият установява в края на възможния обем на движение при прилагането на допълнителен пасивен натиск [2]. В някои случаи е възможно изследваното движение да е в пълен обем и безболезнено, но патологията да се проявява при такъв допълнителен натиск. Силата на натиска се определя от провокацията на болка или дискомфорт и не бива да превишава лека до умерена изразеност на болката. Според Maitland едно движение не може да се класифицира като нормално докато не се докаже, че пасивният натиск към неговия лимит не е безболезнен [2].

При изследване на здрава лакътна става с пасивни движения нормалният краен усет е:

Мек краен усет-при флексия-усещане за мекотъкнна компресия, с изключение на случаите с хипермобилност на ставата, където може да се получи и твърд костен стоп на движението (опиране на processus coronoideus ulnae във fossa coronoidea);

Твърд краен усет-при екстензия-твърдо, неболезнено усещане за допир на кост в кост (опирането на олекранон в ставната цепка на хумерус);

Плътен краен усет-при супинация и пронация плътно еластично усещане, с леко подаване от разтягане на ставна капсула и лигаменти;

Патологичен краен усет, който може да се открие в лакътната става след травматично увреждане [2]:

Мускулен спазъм-крайният усет е рязък и твърд, дължащ се на мускулна контракция или спазъм на антагонистите на извършваното движение, което води до блокиране на движението. Мускулната контракция или спазъм могат да се дължат на острата болка, изпитвана по време на движението или поради циркулаторни или метаболитни нарушения протичащи в мускулите и околоставните тъкани;

Патологичен плътен (капсулен) краен усет-наподобява усещането при мекотъкнен стречинг, но се проявява преди достигане на края на нормалния обем на движение.

В случаите на хронична патология капсулният краен усет е съпроводен от капсулен модел на ограничаване на движенията в ставата (по-изразено ограничаване на екстензията в сравнение с флексията в ставата), а в случаите на остра травма на ставата капсулният краен усет се характеризира с повишено съпротивление още от началото на обема на движение и постепенно се увеличава до края;

Патологичен твърд краен усет (костен стоп)-наподобява нормалният твърд краен усет, но се усеща преди края на нормалния обем на движение. Дължи се на неправилна осификация на фрагменти след прекарани фрактури в ставата;

Празен (предпазен)-поради значителна болка движението спира преди да се достигне до някаква механична бариера, която да се определи като краен усет;

Изследване на аксесорните движения (ставна игра) се прилага, за да се установи дисфункцията в трансляторните движения на ставните повърхнини и да се установи посоката на пасивен въздействие, имащо понижаващ ефект върху болката.

Изследват се следните аксесорни движения:

1. Тракция по оста на мишницата и предмишницата като се отчита влиянието върху болката.

2. Латерална трансация на предмишницата, спрямо мишницата, като се отчита качеството и големината на движението и влиянието върху болката.

3. Предно-задна трансация на главата на радиуса спрямо улната и на радиус спрямо улна в дистална радио-улнарна става, като се отчита количеството, големината на движението и влиянието върху болката.

4. Дистракция и компресия в радио-карпалната става като се отчита влиянието върху болката.

5. Предно-задна и латеро-медиална трансация на карпалния спрямо радиалния сегмент в радио-карпалната става-отчитат се големината и количеството на движението.

6. Пронация и супинация на карпалния спрямо радиалния сегмент в радио-карпалната става-отчита се влиянието върху болката.

Аксесорните движения се изследват в края на възможния обем в S и T равнина, както и по време на пасивно или активно движение. Те се прилагат като диагностично, но и като основно терапевтично средство, затова е важно да установим ефекта от въздействието им и правилно да ги дозираме и прилагаме в практиката. Важно е да се отбележи посоката и видът на пасивното мануално въздействие, което води до частично или пълно подтискане на болката. Необходимо е да се отчете състоянието преди и след прилагането на всяко пасивно мануално въздействие.

Аксесорните движения в дисталната радио-улнарна става и в гривнена става могат да доведат до облекчаване на болката и симптомите в лакътна става, затова се прилагат като диагностично и съответно и като терапевтично средство

Изследване на активните движения се включва след като е преминала фазата на максимална протекция на ставата или ранния следимобилизационен период и като изследване и като терапевтично средство [2].

Резистивно тестване (при изометрична контракция на мускулите)-се прилага първоначално за отчитане на болката, а не за отчитане на мускулната слабост. Болката при изометрична контракция на мускулите в лакътната става може да настъпи както от напрежението на контрактилните структури, така и от предизвиканото притискане на ставните повърхности. Най-подходящата изходна позиция за това тестване е тилен лег с добра фиксация на мишницата. Ако при изометрично усилие се предизвика болка е необходимо да се направи диференциално тестване за вътреставен произход с пасивен натиск на мишницата спрямо предмишницата. Ако причината за болката не идва от ставата, тогава е необходимо да се изследват мускулите двигатели в лакътя[2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ежедневното диагностициране на функционалния дефицит в областта на лакътната става след травми е тясно свързано с адекватният подбор и правилната дозировка на терапевтичните средства и методи. Всяко отклонение в протичането на възстановителния процес е необходимо да се отчита и отбелязва. Установяването на наличие на болка и оток е важен индикатор за предозиране или неправилно изпълнение на използваните средства на Кинезитерапия и е знак за терапевта за корекция на прилаганите лечебни прийоми и за търсене на техники, които да облекчават субективните усещания и които водят до по-бързо функционално възстановяване.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Каранешев, Г., Милчева, Д., Янчева, С. Методи за диагностика и изследване в лечебната физкултура, София 1991 г.;

[2] Попов, Н. Клинична патокинезиологична диагностика в ортопедично-травматологичната кинезитерапия, София 2002г.;

[3] Попов. Н. 08.7.2002г. 16, д-р, 05.07.05, Кинезитерапия след резекция на главата на радиуса. 28147, 30.9.2002г.

За контакти:

ас. Стефания Иванова Беломъжева-Димитрова, катедра Теория и методика на физическата култура, Великотърновски университет "Св., Св. Кирил и Методий", e-mail:stefania1@abv.bg

Докладът е рецензиран.