

POMAGALA ZA PODUPIRANJE I SAMOPOMOĆ*

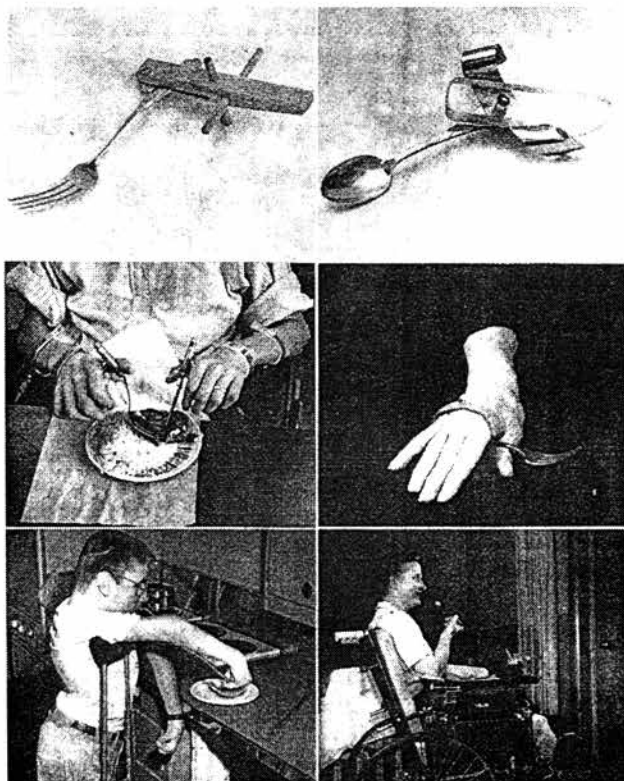
DEVICES FOR SUPPORT AND AID

Prim. dr. sc. Blanka Matanović

Poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju
ZAGREB, Mihanovićeva 3

Reumatoidni artritis je kronična, progresivna upalna bolest čiji uzrok nije poznat. Karakteriziraju je faze pogoršanja i remisija, a svaki novi napadaj ostavlja ireverzibilne promjene i oštećenja funkcije zglobova sve do invalidnosti (1).

Prvi cilj rehabilitacije u medicini je eliminacija tjelesne invalidnosti, drugi cilj je smanjiti ili olakšati invalidnost, a treći cilj osposobiti bolesnika da može živjeti i raditi unutar granica svoje invalidnosti (2).



Slika 1.

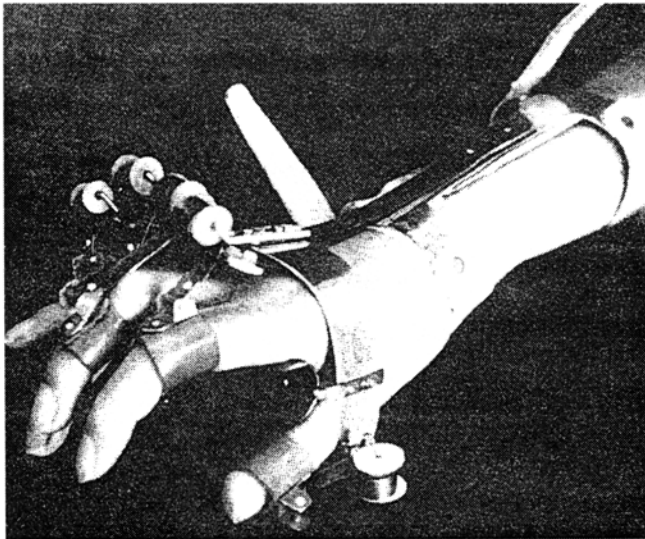
* Rad primljen 5. svibnja, a prihvaćen 1. studenoga 1996.

Ciljevi programa fizikalne rehabilitacije za bolesnika u poodmakloj fazi bolesti sastoje se u tome da mu se omogući da se sam brine o svojim svakodnevnim potrebama.

Samopomoćna sredstva mogu se propisati u sljedeće svrhe (2):

1. da se ostvare pozicioniranje i oslonac držanja tijela usprkos oslabljenim segmentima, čime se sprječava trajan gubitak snage prenapregnutih ili iznurenih mišića, ili da se prevenira eventualan definitivni deformitet;
2. da se potiče na rane pokrete i funkcije u svrhu sprječavanja atrofije zbog neupotrebe, čime se pojačava snaga mišića i sprječava gubitak obima pokreta zglobova;
3. da se pojačava funkcija trajno oslabljenih mišića,
4. da se nadoknadi potpuno i trajno izgubljena funkcija, bilo zbog slabosti mišića, bilo zbog gubitka obima pokreta;
5. da se na najmanju mjeru svede obim pomoći od strane drugih osoba, kad već potpuna neovisnost nije moguća.

Rehabilitacija reumatskih bolesnika, osobito bolesnika s reumatoidnim artritisom, kompleksna je zbog velike šarolikosti kliničke slike i funkcionalnih ispada u pojedinim fazama bolesti, što onemogućuje postavljanje bilo kakve šablone i zahtijeva potpuno individualni pristup (3).

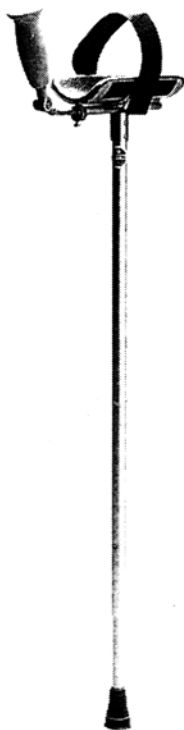


Slika 2.

Štaka

U trećem i četvrtom stadiju reumatoidnog artritisa, kada dolazi do afekcije velikih "korijskih" zglobova na donjim udovima - kukova i koljena, nakon čega rezultiraju kontrakture do ankiloza uz oslabljene mišiće donjih udova, indicirana je primjena štaka za hodanje. Mogu se primijeniti privremeno ili trajno ovisno o

funkcionalnom statusu donjih udova. No da bi se sigurno i dobro rukovalo štakama, bolesnik mora imati mogućnost održavanja ravnoteže, mora postojati dobra snaga mišića gornjih udova i posebno jaka snaga i dovoljna izdržljivost hvata, t. j. mogućnost da se dugo drži stisnuta šaka ili da se хват može ponavljati po potrebi (4).



Slika 3.

Uspješnost primjene štaka ovisi:

1. o pravilnom izboru vrste štake - nakon potpune procjene stanja i preostalih funkcija,
2. o izvršenju eventualnih korekcija ili adaptacija (duljina),
3. o punom uvježbavanju u pravilnoj upotrebi štaka,
4. o određivanju tipova hoda; za koje ćemo osposobiti bolesnika.

Poznato je da postoje dvije vrste štaka: potpazušne i podlakatne.

Izbor ovisi o dobi bolesnika i o općem stanju te o funkcionalnom stanju lokomotornog sustava (5).

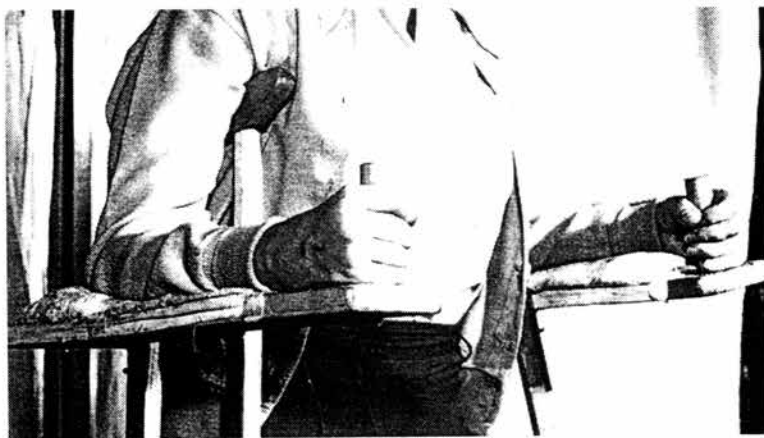
Što se tiče vrste hoda, najbolje je da bolesnik nauči dvije vrste hoda: jedan za sporo kretanje u zatvorenom prostoru (stan, radna prostorija), a drugi za brže kretanje vani (prijelaz ulice).



Slika 4a.

Kod reumatoidnog artritisa zahvaćeno je više zglobova, osobito na šakama, iz čega slijede kontrakture zglobova i devijacije šaka.

To rezultira jakim smanjenjem snage hvata šake, a izdržljivost je minimalna.



Slika 4b.

Zbog funkcionalnog deficita šaka i ramenog obruča, i slabosti gornjih udova nužno je konstruirati drukčiju vrstu štake, da opterećenje od malih zglobova i od malih površina prenesemo na veće površine.

Težina tijela prenosi se na cijelu podlakticu (žljebasto ležište), a time se znatno smanjuje potreban rad štake. Ručka koju hvataju prsti debela je, što umanjuje stres hvata. Kod uvježbavanja je važno da bolesnik hvatom šake (ručke) miče štaku samo kad ona nije opterećena, dakle daje smjer kretanju štake (4,5).

Štaka je izrađena tako da bolesnik prenosi sav teret preko lakta na horizontalno žljebasto ležište štake. Cijelo opterećenje se prenosi od ruke na ulnarnu stranu podlaktice na štaku i preko nje na tlo.

Hvatište prstiju je pomaknuto prema naprijed, deblje je i presvučeno moltoprenom, a služi za održavanje smjera kretanja, a ne za prenošenje opterećenja. Radi toga oslabljeni hvat reumatoidne šake može upravljati štakom. Cijeli rukohvat se može pomicati prema naprijed i natrag, pa se tako po dužini može prilagoditi svakom bolesniku, ovisno o duljini podlaktice. Obvezna je i vakuum kapica radi osiguranja od klizanja (4,5,6).

Korištenje štake je jednostavno, smanjuje potrebnu snagu kod upotrebe, daje osjećaj sigurnosti, a ne ugrožava bolesnika u slučaju pada.

S obzirom na konstrukciju postoji mogućnost serijske izrade, koja omogućuje vršenje potrebnih individualnih korekcija.

Invalidska kolica

Kod najtežih reumatskih bolesnika (reumatoidni artritis s ankilozom i kontrakturama kukova i koljena, ankilozantni spondilitis s koksitisom i teške artroze kukova) primjenjuju se invalidska kolica.



Slika 5.

Kod propisivanja kolica nužno je primijeniti ordinacijski test za invalidska kolica, gdje utvrđujemo određene parametre kolica, koji su primjenjivi individualno za bolesnika (7).

Bitno je utvrditi tip invalidskih kolica (sobna ili vanjska), širinu sjedišta (uska, srednja, široka) kotače-gume (pumpani, tvrdi, kombinirani prednji - zadnji). Zatim se utvrđuju dodaci: jastuk presvučen umjetnom kožom ili tekstilnom presvlakom, skraćene stranice, sportske stranice, podesivi nasloni za ruku, stolić, remeni za fiksaciju peta, stolić, torbica, pojas za fiksaciju tijela.

Specijalne izrade su: snižen ili povišen leđni naslon, promijenjen kut leđnih naslona, meko tvrdo sjedište, pelote za glavu, za gornji dio tijela, podesive pelote za zdjelicu, potpazušne pelote, adapteri za podnožnike, deblji pogonski obruč, pogonski obruč s vertikalnim čepovima, žlijeb za ruku s rukohvatom, žlijeb za ruku bez rukohvata, klinasti jastuk (7).



Slika 6.

S obzirom na već spomenuto smanjene snage hvata šake, često će za kretanje kolicima trebati tuđa pomoć. Inače, u pravilu dajemo invalidska kolica s pogonom na dva obruča na velikim kotačima, rjeđe druge tipove.

Važno je, ako se radi o kolicima koja će bolesnik trajno koristiti, da ona imaju dovoljno duboko i široko sjedište i po potrebi meko i toplo, te postavljene naslone za ruke.

Osim toga, zbog kontraktura kukova i koljena sjedišta se mogu podizati i spuštati i na hidraulični pogon (5,6).

Automobil

Hendikepiranoj osobi oboljeloj od reumatoidnog artritisa za kretanje u prometu te za održavanje društvenog života često je nužno potreban automobil.

Automobili, koji su na korištenje takvoj invalidnoj osobi, moraju biti specijalno prilagođeni za sigurnost upravljanja, udobnost i kontrolnu jedinica za hendikepiranog vozača. Bolesnik može ući s invalidskim kolicima ili sa štakama, već prema tome koje samopomoćno sredstvo koristi (5).

Bolesnik mora imati u dobroj funkciji gornje ekstremitete i mogućnost transfera trupom od invalidskih kolica ili štaka u auto. Sjedalo automobila mora biti specijalno prilagođeno.

Razlika je ako je bolesnik vozač ili suvozač.

Bitan je adekvatan transfer u auto.

Invalidska kolica parkirati u neposrednoj blizini automobila, sjedište spustiti u visinu sjedala automobila. Ne parkirati na brežuljku.

Invalidska kolica moraju biti zakočena i treba ostaviti malo prostora između sjedala automobila i kolica. Izabrati metodu transfera koja je najsigurnija za bolesnika. Treba izabrati auto koji može nositi invalidska kolica.

Primjenjujući te tri vrste sredstava za samopomoć i podupiranje kod kroničnih reumatskih bolesnika, omogućili smo (2):

1. ranu neovisnost i aktivno sudjelovanje bolesnika u izvršavanju terapijskog programa,
2. neovisnost bolesnika u svakodnevnim aktivnostima unatoč djelomičnom ili potpunom gubitku funkcija,
3. samopouzdanje i uspostavljanje djelomične ili potpune ekonomske neovisnosti.

Literatura

1. Ivo Jajić: Klinička reumatologija, Školska knjiga, Zagreb, 1982; str. 4.
2. Howarda A. Rusk: Rehabilitacija-udžbenik fizikalne medicine i rehabilitacije, Savez društava defektologa Jugoslavije, Beograd, 1971, str.13; 185-186.
3. Ivo Jajić: Reumatologija. Medicinska knjiga, Zagreb, 1995; 7-8.
4. Veljko Mandić, Vera Vitulić, Ivan Verner: Posebna konstrukcija štake za bolesnike od reumatoidnog artritisa. Seminar OP, Jajce, 1980; 2-4.
5. Edward W. Lowman, M:D:, Judith Lannenfeld Klinger, O.T.R., M.A.: Aids to independent living. Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1969; 159-161; 648-650.
6. Veljko Mandić, Blanka Matanović: Ortopedska pomagala u rehabilitaciji reumatskih bolesnika. Medica Jadertina, Jugoslavenski reumatološki dani u spomen Drage Čopa, Zadar, 1977; 3-4; 360-361.
7. M. Jelić, I. Husić, J. Končić: Invalidska kolica za individualnu prilagodbu - nove mogućnosti. Ortopedska pomagala, Zagreb, 1988, 1, 8-9.