Rehabilitační ústav
HRABYNĚ a CHUCHELNÁ

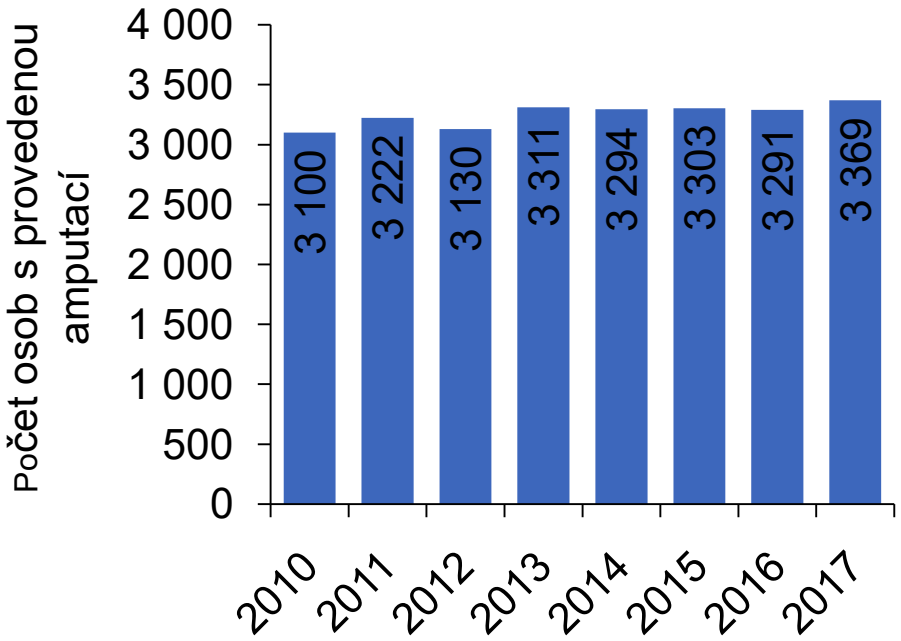
Využití protetických pomůcek v praxi – mobilita na protéze po exartikulaci v kyčli

Ilona Nedvědová

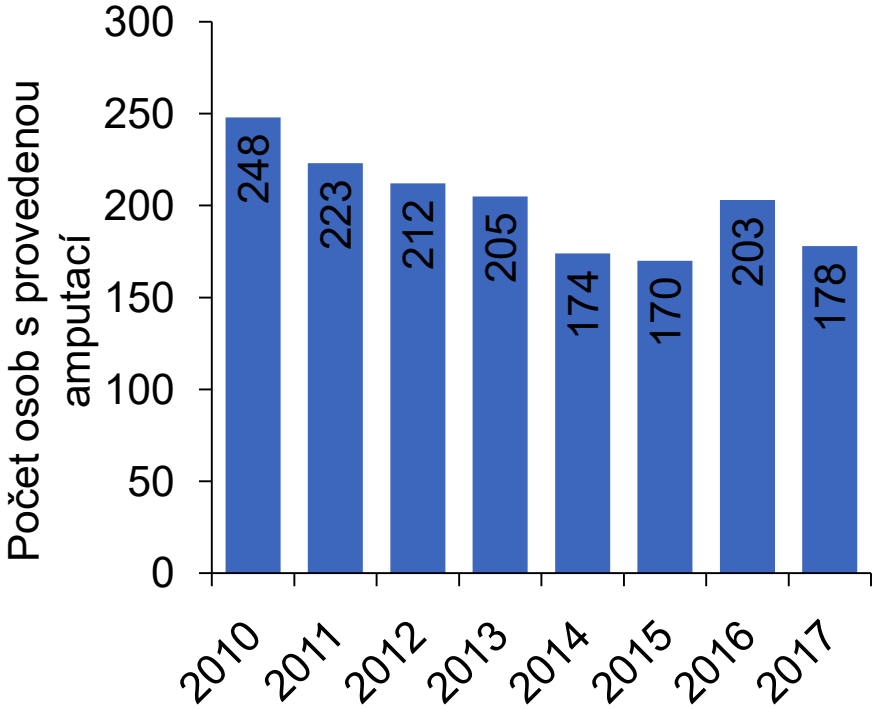
Počet amputací v letech 2010–2017

Rehabilitační ústav HRABYNĚ a CHUCHELNÁ

Počet osob s provedeným výkonem 66851 v jednotlivých letech 2010–2017:
66851 = amputace dlouhé kosti / exartikulace velkého kloubu kromě kyčle



Počet osob s provedeným výkonem 66851 v jednotlivých letech 2010–2017:
66685 = Symeho amputace a amputace v tarzu

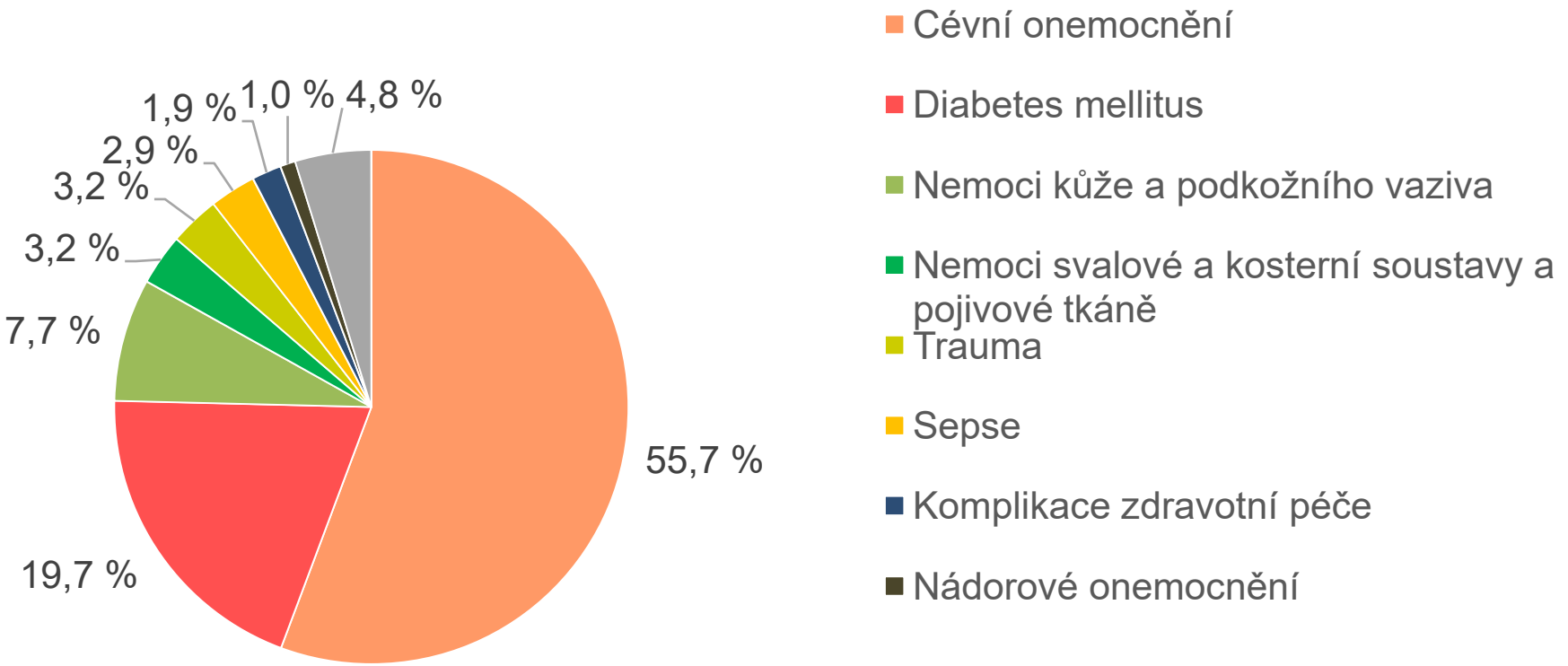


Zdroj dat: NRHZS 2010–2017

Příčiny amputace dolní končetiny v roce 2017

Rehabilitační ústav HRABYNĚ a CHUCHELNÁ

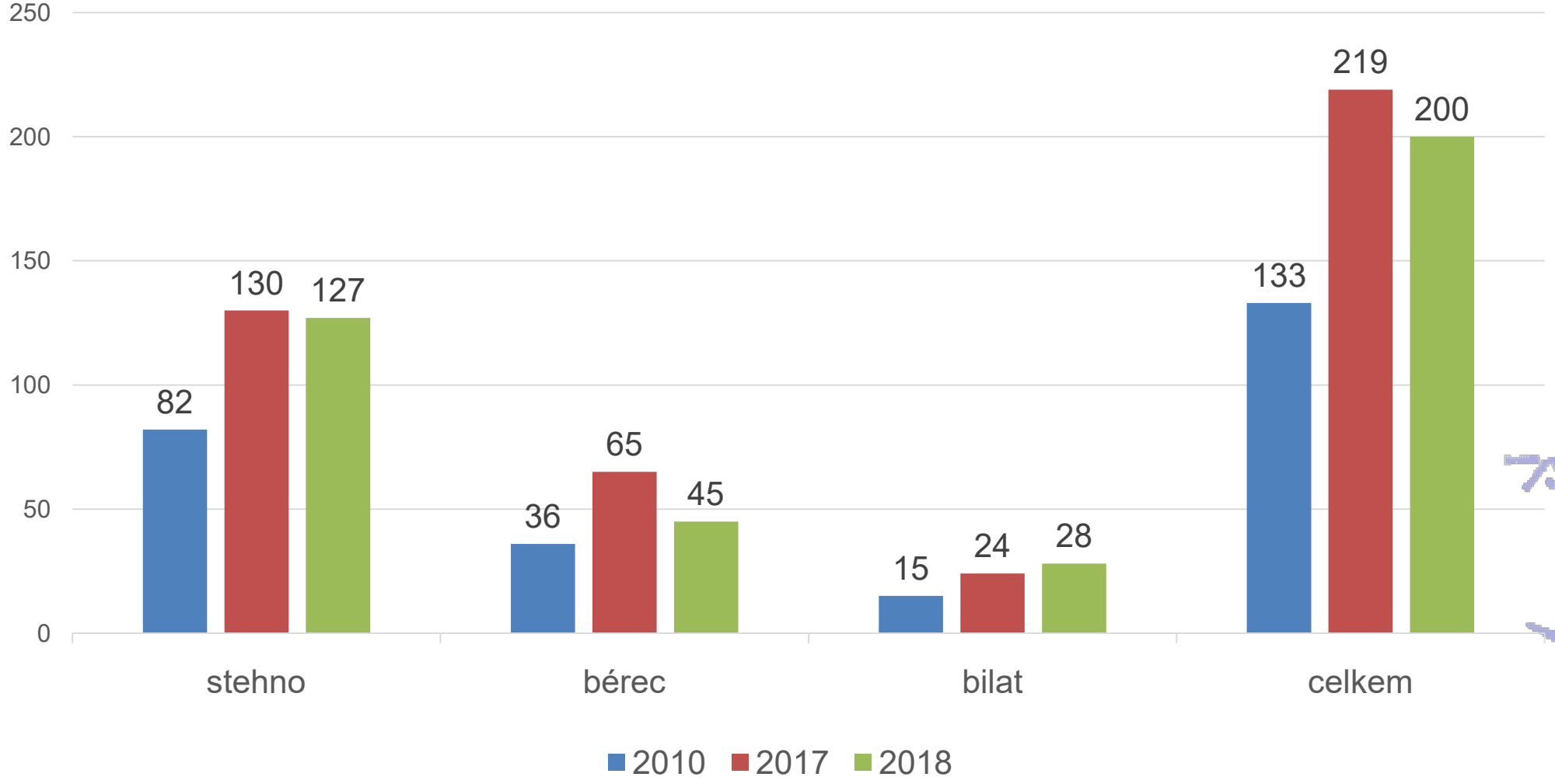
Počet osob s amputací dolní končetiny v roce 2017: 3 547 (100 %)
Diagnóza uvedená jako příčina amputace:



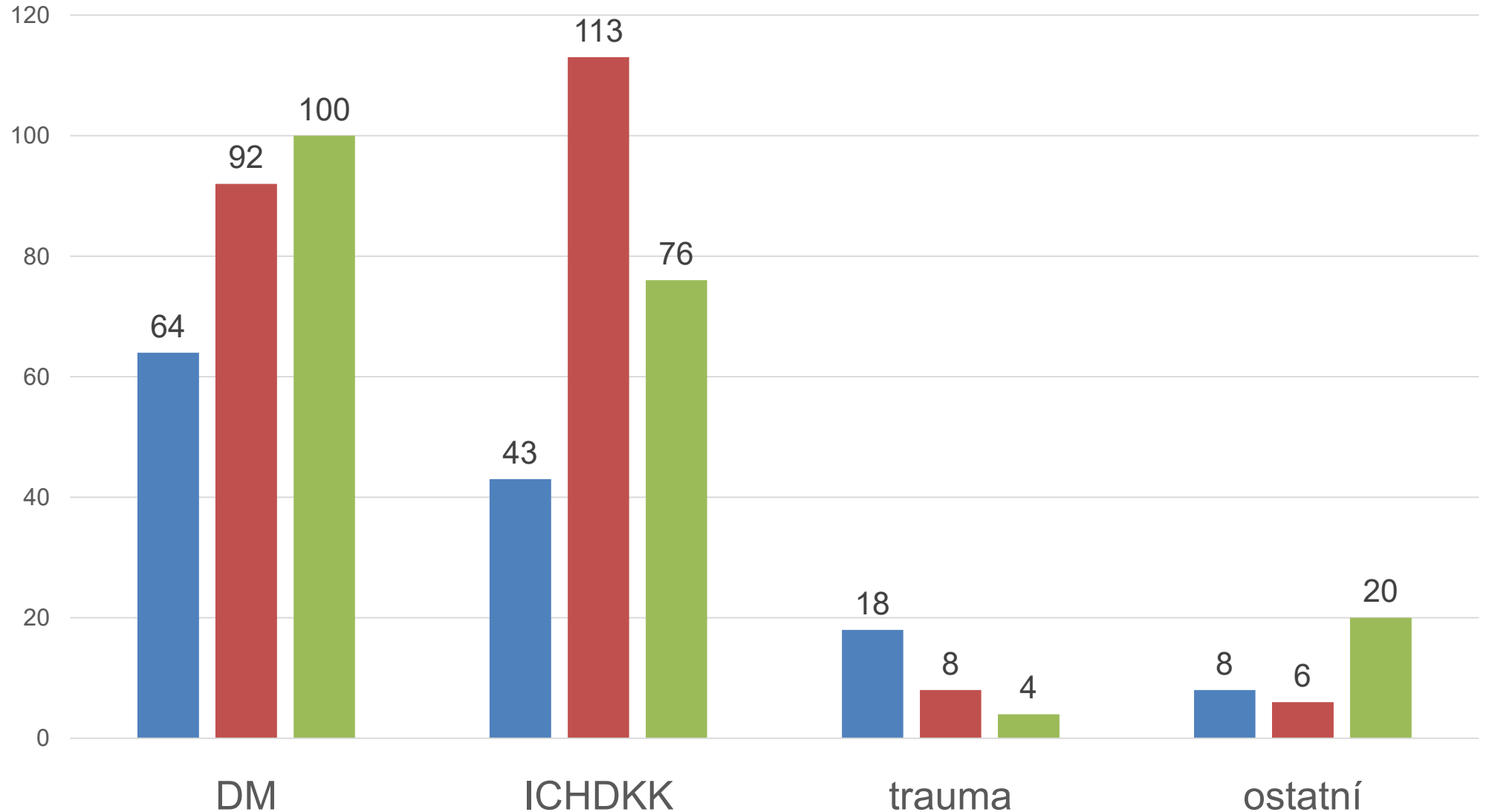
Definice kategorií:
Cévní onemocnění (I70–I89, zejm. ateroskleróza); diabetes mellitus (E10–E14); nemoci kůže a podkožního vaziva (L00–L99, zejm. kožní absces, flegmóna a dekubitální vřed); nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00–M99, zejm. osteomyelitida); trauma (S00–T35, T79, T90–T98); sepse (A40–A41); komplikace zdravotní péče (T80–T88); nádorové onemocnění (C00–D48).

Zdroj dat: NRHZS 2010–2017

Amputovaní v letech 2010-2018
v RÚ Chuchelná



Amputace dle etiologie



Amputace a co dál?

Metodika přípravy na oprotézování a výcviku užití protézy jsou náročné na kondici pacienta, na jeho schopnosti přizpůsobit se změněným pohybovým možnostem, na nosnosti zachovalé končetiny, výkonnosti kardiovaskulárního aparátu, na psychické kondici a motivaci pacienta a na předchozích pohybových schopnostech.

Pracujeme s polymorbidními pacienty, kteří jsou někdy na hraně fyzických schopností, často až u nás dochází k depresivnímu zjištění nemožnosti tuto zátěž zvládnout.

Cíl léčebné rehabilitace po amputaci na DK

reedukace lokomoce
resocializace pacienta
protéza nebo vozík ?

Kontraindikace funkčního oprotézování

trvalé:

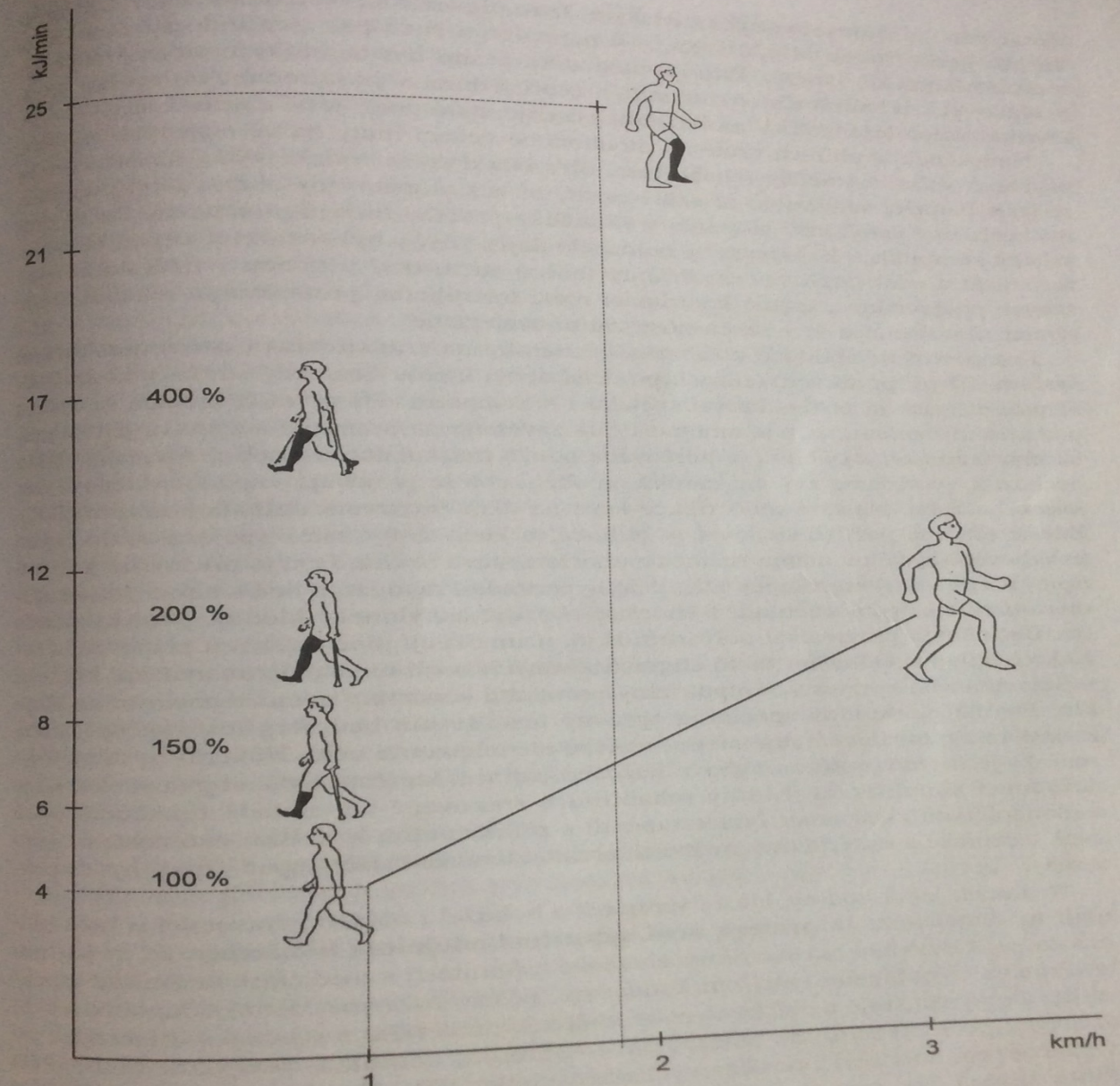
- kachexie
- výrazná interní zátěž
- závažná neurologická onemocnění

dočasné:

- nedostatečně formovaný pahýl
- dekondice – nezvládnutý stoj a chůze o FB
- defekt kožního krytu pahýlu, nevhodně umístěná jizva, přítomnost osteofytů

Energetická náročnost chůze na protéze – J.Kálal

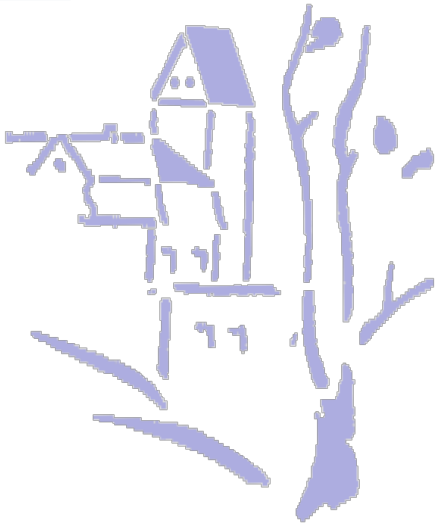
Rehabilitační ústav
HRABYNĚ a CHUCHELNÁ



Počty hospitalizovaných amputovaných v RÚ Chuchelná v r. 2018

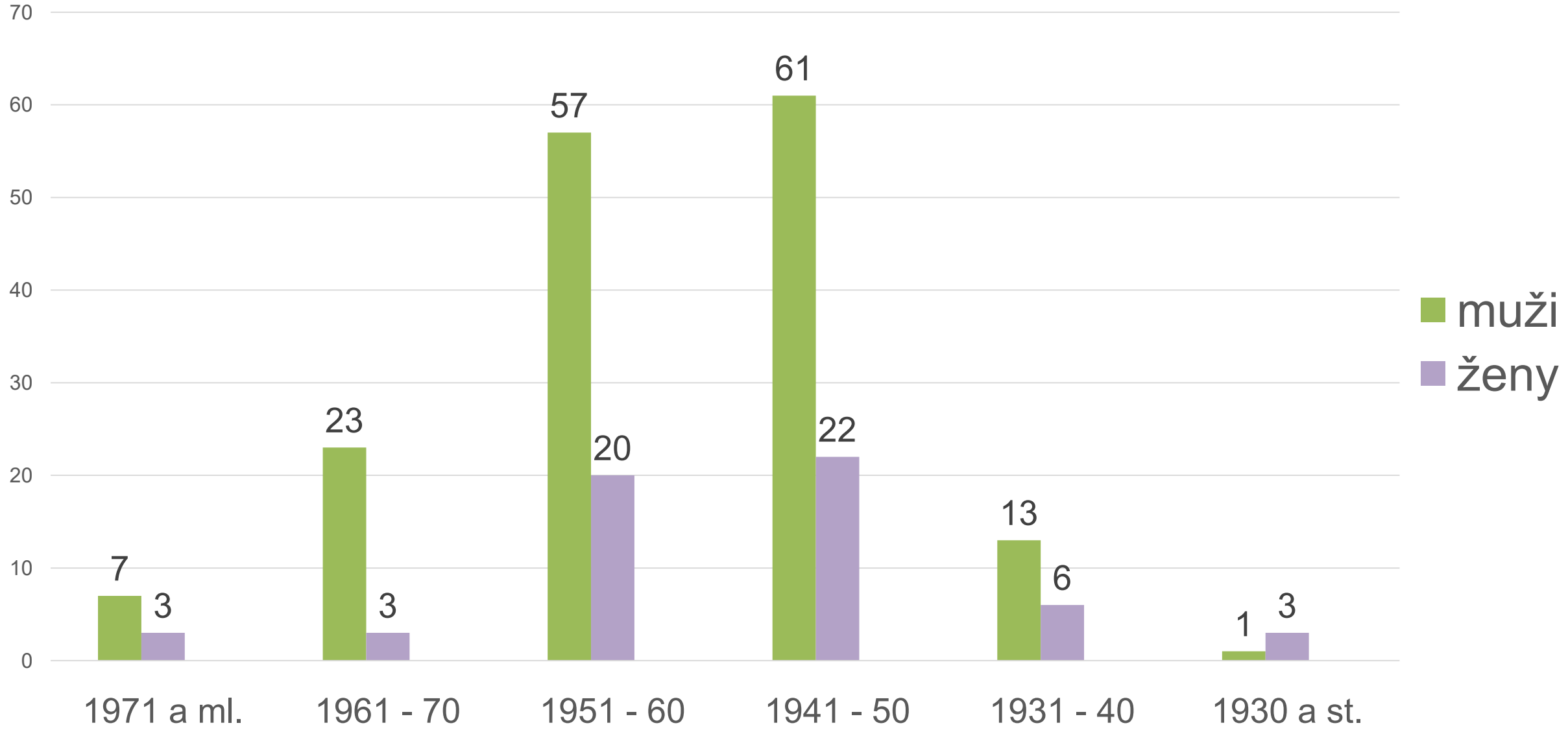
Výše amputace	stehno	bérec	bilaterální	celkem
ženy	21	15	4	40
muži	106	30	24	160

etiologie	DM	ICHDKK	jiné
ženy	18	14	8
muži	82	62	16



Soubor amputovaných dle věku

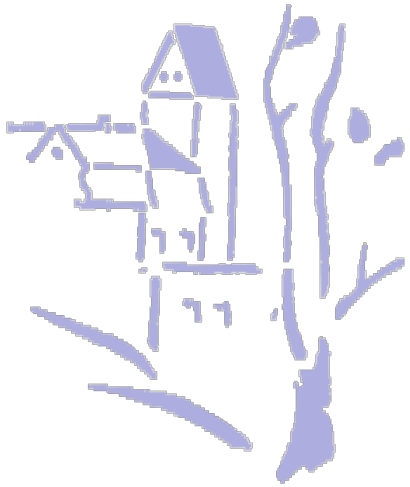
Rehabilitační ústav HRABYNĚ a CHUCHELNÁ



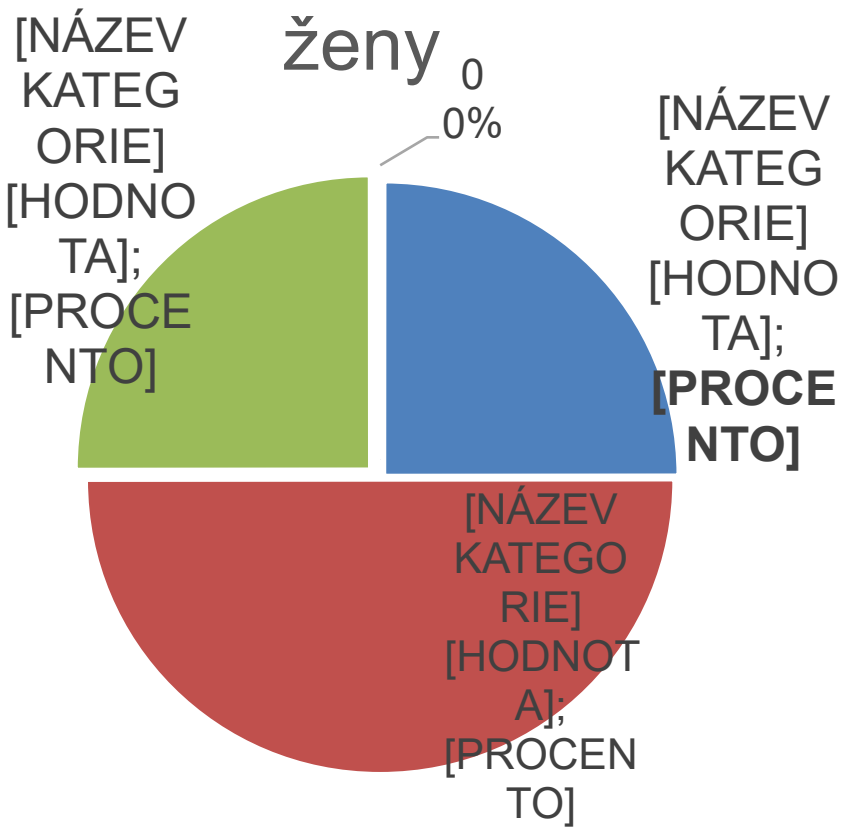
Počty bilaterálně amputovaných

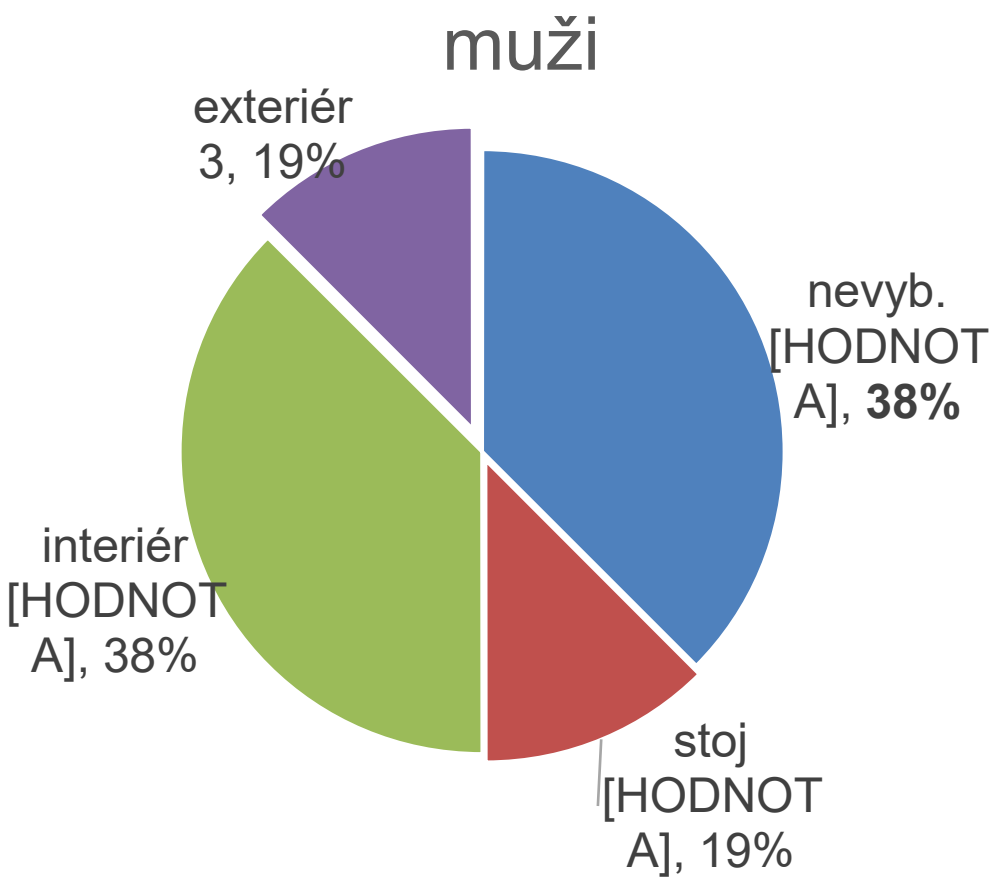
věk	1930 - 39	1940 - 49	1950 - 59	1960 - 69	1970 -79	1980 - 89	celkem
ženy	0	2	1	0	0	1 pneumokok	4
muži	1	4	8	8	2	1 omrzliny	24

Dle etiologie	DM	ICHDKK	jiné
ženy	2	1	1
muži	12	9	3



Mobilita bilaterálně amputovaných

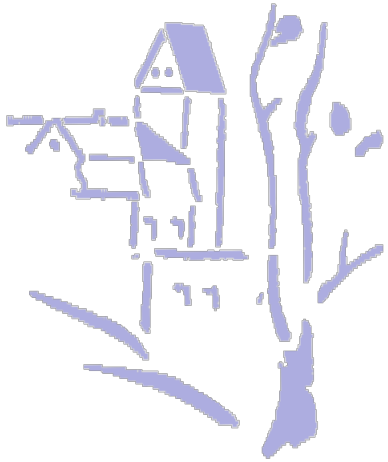




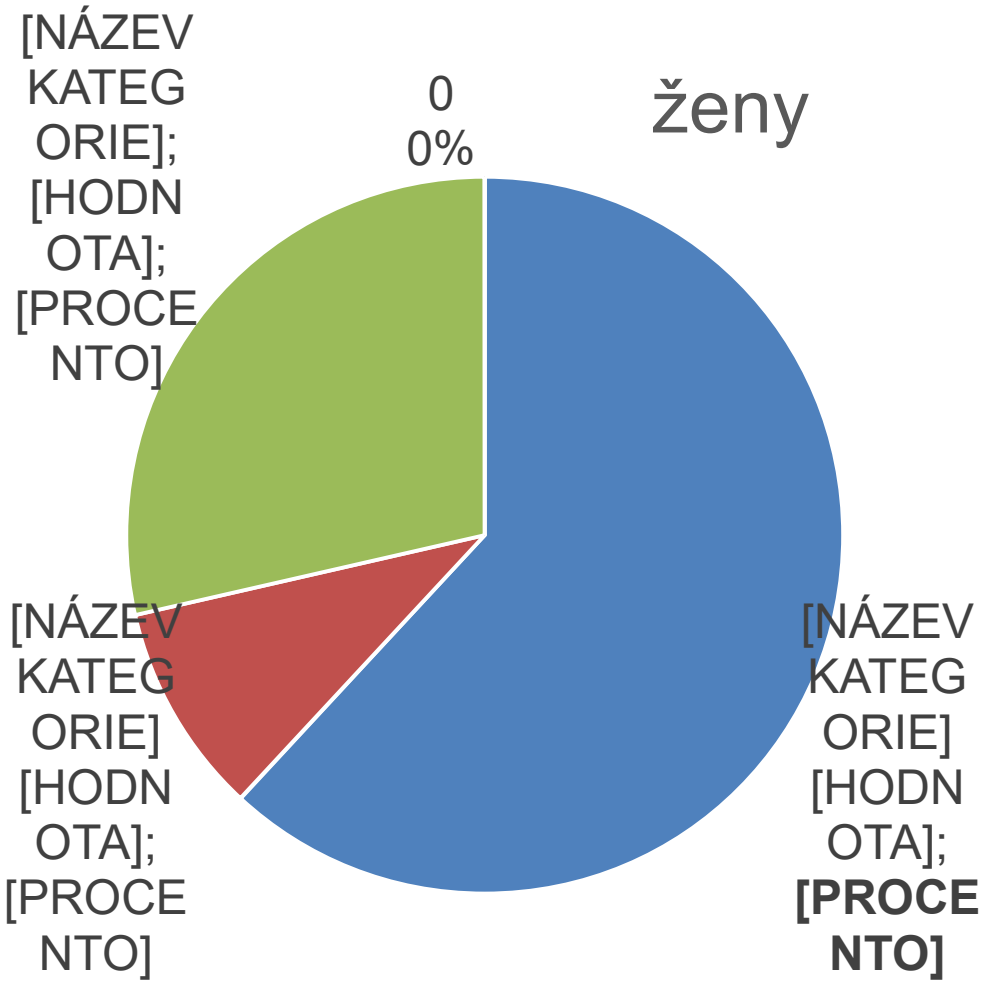
Amputace ve stehně

Dle věku	1930-39	1940-49	1950-59	1960-69	1970-79	celkem
ženy	0	14	6	1	0	21
muži	10	38	44	13	1	106

Dle etiologie	DM	ICHDKK	jiné
ženy	6	11	4
muži	56	43	7



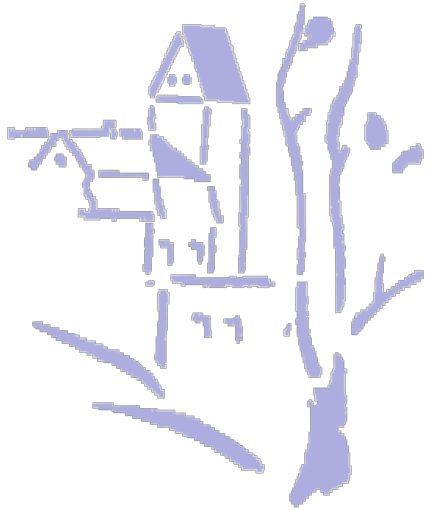
Mobilita u stehenní amputace



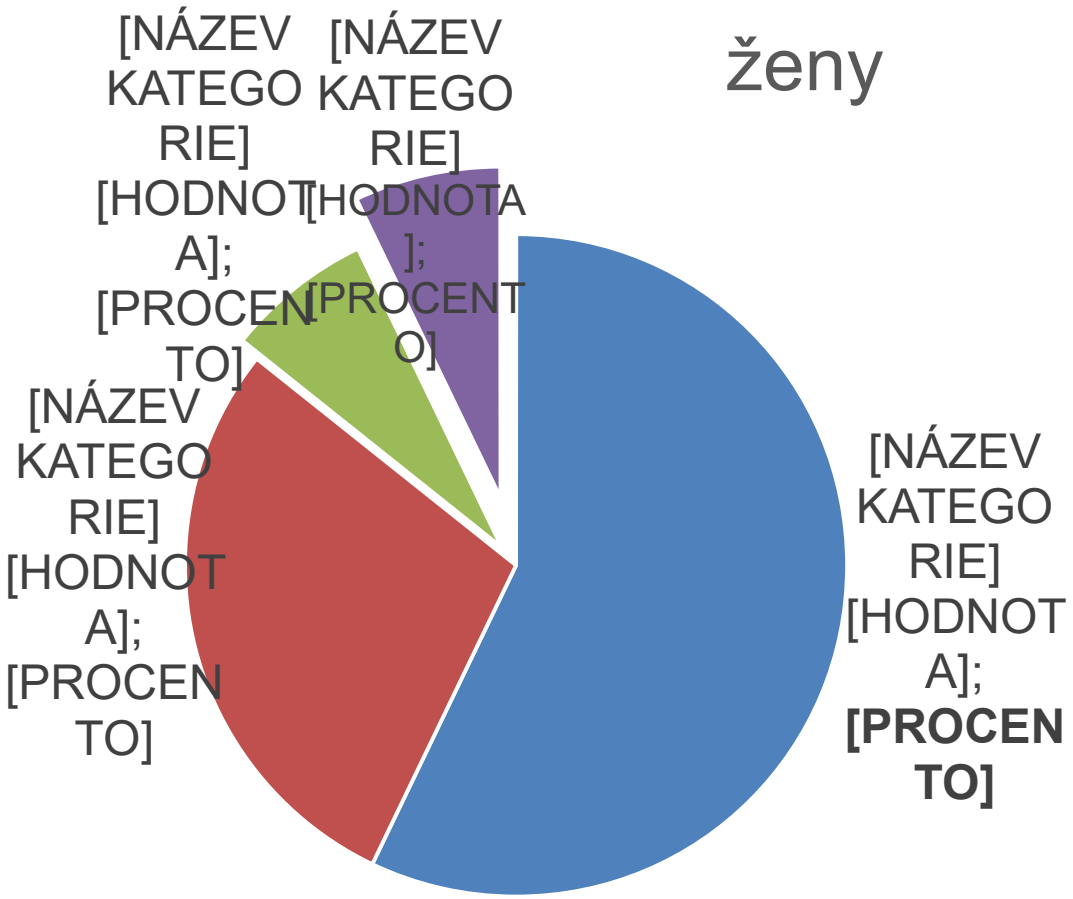
Amputace v bérci

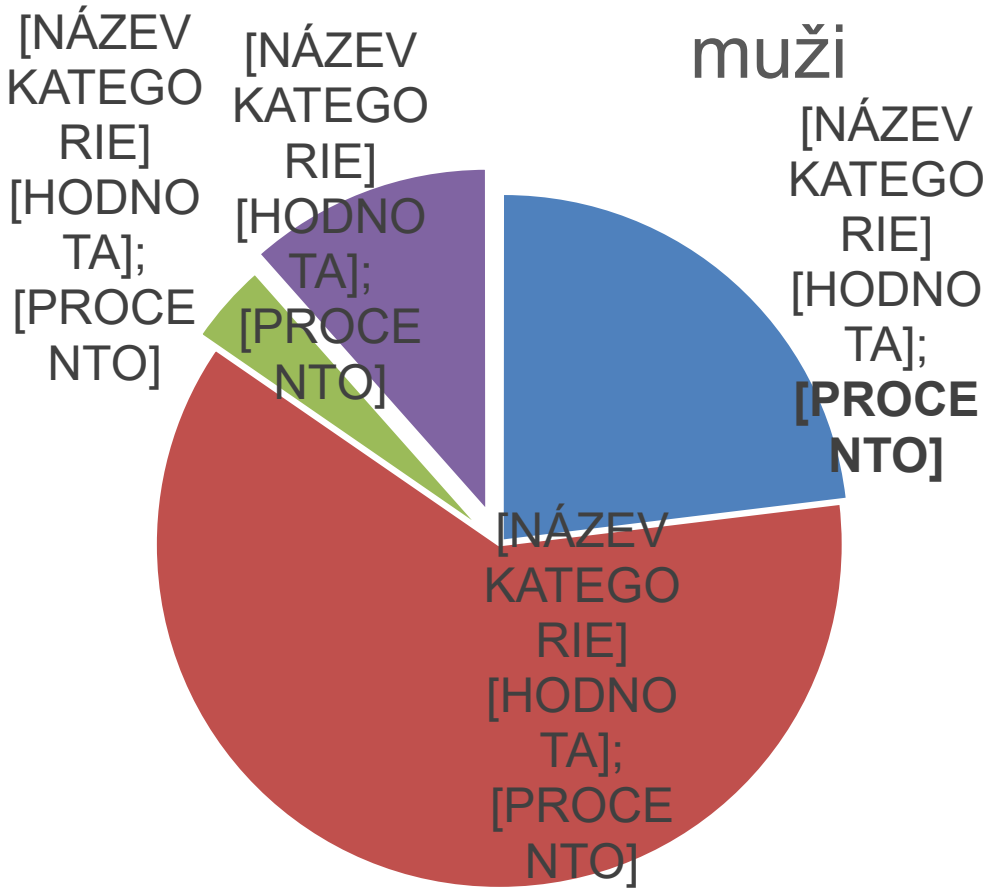
Dle věku	1930 - 39	1940 - 49	1950 - 59	1960 - 69	1970 - 79	celkem
ženy	1	5	3	3	2	14
muži	3	8	13	1	1	26

Dle etiologie	DM	ICHDKK	jiné
ženy	8	2	4
muži	21	6	4

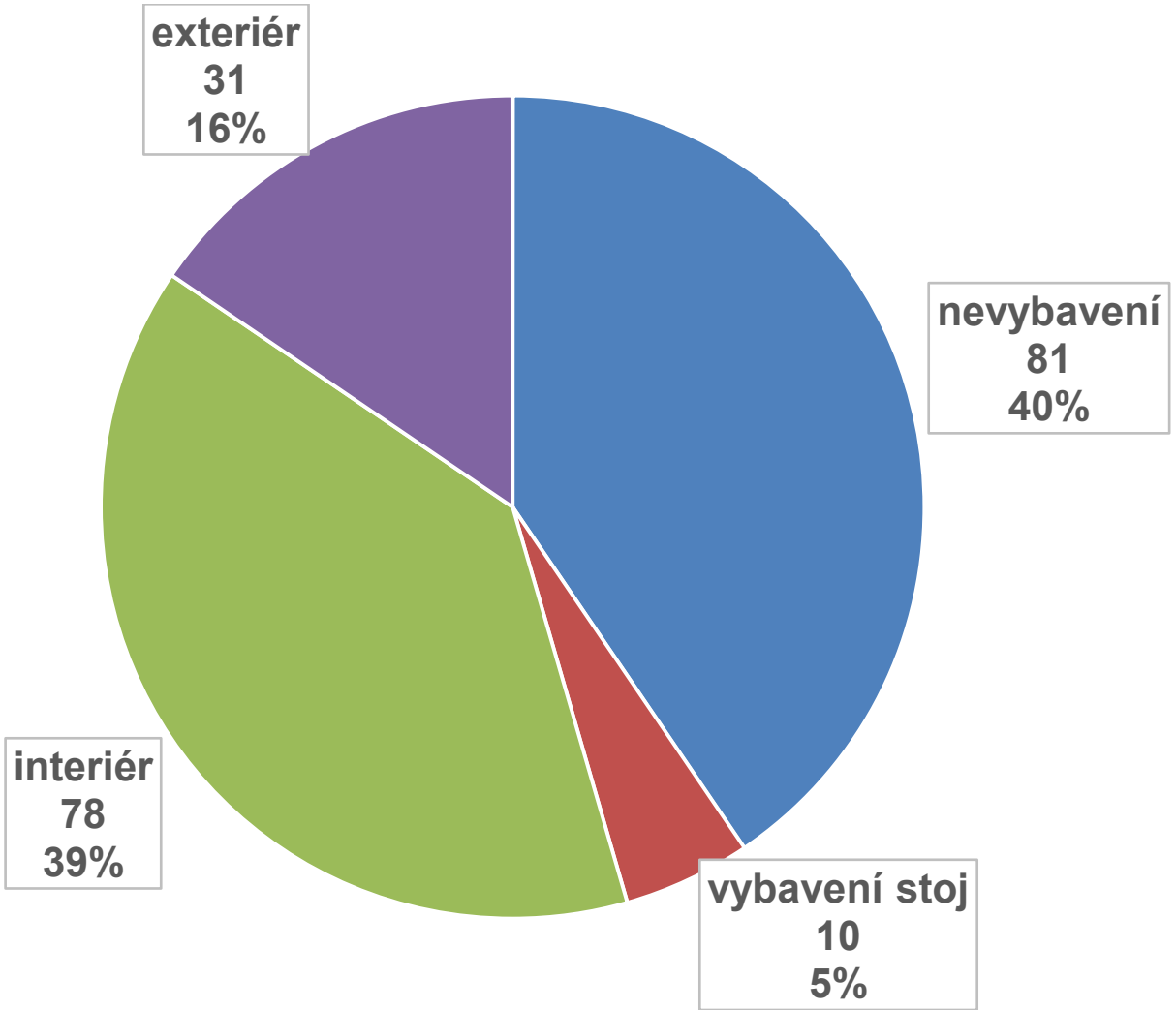


Mobilita po bércové amputaci



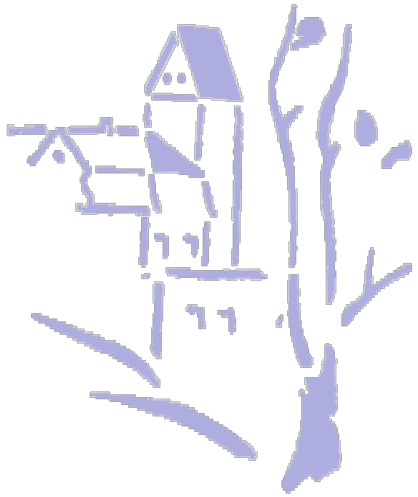


Mobilita amputovaných po rehabilitaci



Kompenzační pomůcky po amputaci pacientů

- Z celkového počtu amputovaných pacientů (200) zůstalo 81 – **40% bez vybavení** protézou, 78 – **39%** bylo schopno zvládnout mobilitu na protéze **v interiéru**, pouze 31 pac.- **16% bylo schopno mobility i v exteriéru**
- Pacienti po **bilaterální amputaci (28)** jsou **plně závislí** na **MIV**, příp. EIV. Po vybavení protézou jsou závislí na opoře o FB, případně chodítko
- Pacienti po **stehenní amputaci (127)** jsou odkázání na mobilitu na **MIV v 96%.** 40% mužů a 62% žen našeho souboru nebylo vybaveno protézou. Jen **4%** pacientů (**4 muži)** v našem souboru byli schopni mobility o FB **bez potřeby MIV i v exteriéru**
- Pacienti s **bércovou amputací (40)** byli schopni mobility **bez použití MIV v 16%(3 muži,1 žena).** Nevybaveno zůstalo 21% mužů a 53% žen.



KAZUISTIKA Pacient JS ročník 1983

Z anamnézy:

Polytrauma z 24. 9.16 – exartikulace v kyčli l. sin., epicystostomie, sigmoideostomie, paresa n. peronei l. dx. Hospitalizace v RÚ Chuchelná od 7. 2. do 24. 4. 2017 k nácviku mobility na protéze

Vstupní vyšetření fyzioterapeutem 11.2.:

Pac. mobilní na MIV, který ovládá. Chůzi nacvičoval v nemocnici s oporou dvou podpažních berlí, jen několik kroků.

HKK hybnost ve všech kloubech v N, sv. síla celkově °3
PDK - aktivní hybnost v kyč. kloubu, koleni v N, hlezno S: 0-10-30, pas. 0-0-30, paréza n. peroneus, DF - jen záškub m. peroneus. M. hallucis longus, m. extenzor digitorum a m. tibialis anter. bez záškubu. Zkrácený m. triceps sureae.
LDK - exartikulace v kyč. kloubu, jizva na lat. str. pánve směrem ventrálně široká, citlivá na dotek, nad crista illiaca keloidní, tuhá, citlivá. Vleže na zádech pánev elevovaná a rotovaná vlevo ventrálně. Sv. síla břišních sv. a extenzorů trupu celkově °3.

Závěrečná zpráva fyzioterapeuta 20. 4.

Pacient mobilní na mechanickém invalidním vozíku. Zvládá přesuny, postavování ve volném prostoru, chůzi s oporou dvou francouzských holí. Chůze střídavým stereotypem. Vyroben definitivní pánevní koš s výřezem pro stomii. Chůze je možná elevací pánve a rotací pánve, která nahradí švihovou fázi kroku.

Zvládá chůzi v mírném terénu.

Realita dneška

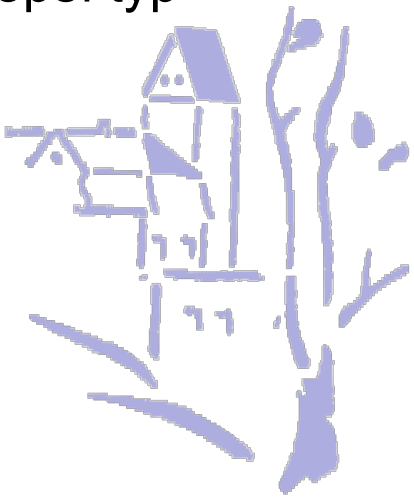
Po telefonickém kontaktu :

Pacient užívá protézu cca 1hod denně pro mobilitu venku, při pohybu mimo domov.
Celodenně soběstačný na MIV při domácích činnostech, mobilita po bytě o FB bez protézy.
Kontakt protetiků během roku několikrát k seřízení protézy, jiný technický problém neměl.

Bohužel je bez práce, jeho počáteční nadšení pro zvládnutí mobility
slyšitelně vyprchalo realitou náročnosti pohybu v běžném životě a nemožností uplatnění.

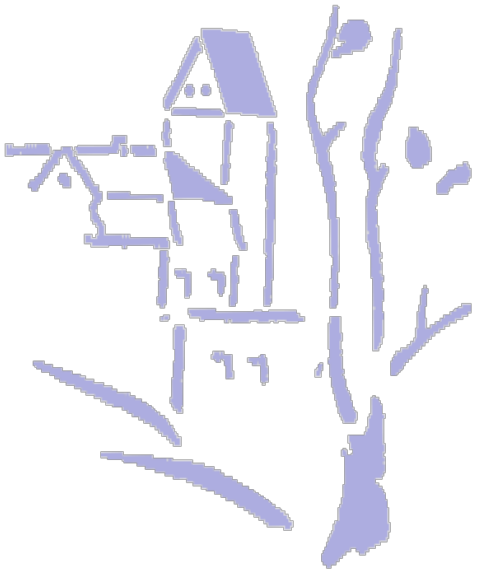
Pac. po těžkém polytraumatu zvládl náročnou péči v akutním stadiu, zvládl velmi dobře fyzicky i psychicky náročnou rehabilitaci chůze, ale při tomto typu amputace technicky sebelepší typ protézy nenahradí plnohodnotně fyziologickou mobilitu.

Hlavní pomůckou k mobilitě nadále zůstane MIV.



Závěr

- Amputací na DK dojde vždy k výraznému omezení možností mobility pacienta
- Schopnost mobility na protéze je limitována nejen výši amputace, věkem, ale hlavně fyzickými schopnostmi pacienta
- Informace některých kolegů, podávané pacientům po amputaci, že protéza vždy zlepší jejich pohybové možnosti a je jen technickou záležitostí každému pacientovi vyrobit protézu, je zavádějící
- Délka a náročnost léčby pacienta před amputací, která pacienta imobilizuje, má velký vliv na celkovou fyzickou i psychickou kondici a následně snižuje schopnost pacienta k vertikalizaci a tím i možnosti protézování po amputaci



Rehabilitační ústav
HRABYNĚ a CHUCHELNÁ

Rehabilitační ústav
HRABYNĚ a CHUCHELNÁ

DĚKUJI ZA POZORNOST.