

Ocena funkcjonalna i kosmetyczna efektu leczenia oparzeń z punktu widzenia rehabilitanta

Leczenie oparzeń zawsze wymaga udziału zespołu wielu specjalistów. Stopień ich zaangażowania w proces terapeutyczny zmienia się w zależności od okresu leczenia. Początkowo główna rola spoczywa na anestezjologach i chirurgach, specjalistach od leczenia oparzeń. Kolejno ciężar przenosi się na innych specjalistów współpracujących w procesie leczenia: lekarzy zajmujących się rehabilitacją, psychologów, psychiatrów. Przy konieczności wykonania zabiegów korekcyjnych ponownie włącza się zespół chirurgów plastyków, a terapię często kończą dermatolodzy-kosmetolodzy.

Mimo, iż wszystkich specjalistów łączy wspólny cel, jakim jest leczenie pacjenta z oparzeniami, to każdy z nich będzie miał inne spojrzenie na rolę swojego działania i inaczej będzie oceniał efekt terapii.

Obniżenie śmiertelności w następstwie ciężkich oparzeń jest sukcesem zespołu prowadzącego leczenie w ostrej fazie, natomiast dążenie do zmniejszenia niepełnosprawności i przywrócenie chorych do aktywnego życia stało się impulsem do rozwinięcia rehabilitacji. Niepełnosprawność na skutek oparzenia ma swoją specyfikę. Wielu autorów podkreśla wagę kontroli przebiegu procesu gojenia jako prewencji dysfunkcji narządów i defektu kosmetycznego /3,4,5/. Inni zwracają uwagę na zaburzenia psychiczne, będące konsekwencją przeżytego stresu, nie mniej ważne w procesie terapeutycznym /1,3,6/.

Jako lekarze rehabilitacji nastawieni jesteśmy w Polsce przede wszystkim na odtworzenie lub poprawę funkcji ruchowych, a w dalszej kolejności estetyzację blizn. Wynika to być może z przewartościowania funkcji jako podstawowego czynnika, warunkującego najpierw samodzielność w czynnościach dnia codziennego, a następnie możliwość podjęcia pracy zarobkowej. Zagadnienie to nabiera szczególnej wagi przy uszkodzeniach kończyn dolnych i górnych, czyli narządów odpowiedzialnych za podstawowe funkcje motoryczne: lokomocję, chwyt i manipulację. /2,4/

Na podstawową funkcję kończyn składa się możliwość wykonania czynnych ruchów w szerokim zakresie i z określoną siłą mięśniową, co uwarunkowane jest przez prawidłowe unerwienie i "sprawność anatomiczną" narządu wykonującego ruch. Pod pojęciem

"sprawność anatomiczna" rozumiemy prawidłową funkcję kości, tworzących stawy elastyczność aparatu mięśniowo-więzadłowego i skóry (blizny). Jest to szczególnie ważne w ręce, która w rozwoju filogenetycznym człowieka osiągnęła wysoką specjalizację ruchową i zmysłową (np. ręka niewidomego). Każda nieprawidłowość anatomiczna może w sposób istotny upośledzić tą funkcję i stać się przyczyną całego ciągu wtórnych zaburzeń, które zapoczątkowują błędne koło kolejnych dysfunkcji. Oparzona ręka wymaga więc szczególnego zaangażowania ze strony całego zespołu terapeutycznego. Ten ważny, a zarazem trudny problem leczniczy jest również tematem licznych opracowań naukowych w literaturze medycznej /1,3,4,5/.

Wielu specjalistów zajmujących się rehabilitacją jest przekonanych, że sprawna ręka to istotny element rehabilitacji społecznej. Stanowi ona podstawowy warunek reintegracji społecznej szczególnie zawodowej. Jest to istotne zwłaszcza w państwach o niższym rozwoju gospodarczym, gdzie zwykle osłony socjalne są niewystarczające. Sprawne ręce dają bowiem ludziom szansę samodzielności zarobkowej /5/.

Inaczej wygląda problem dobrego wyglądu kosmetycznego blizny. Ponieważ brak jest jednoznacznych kryteriów "dobrej kosmetycznie" blizny, zdania między lekarzem a pacjentem w tej kwestii mogą być znacznie rozbieżne. Blizna w swej istocie histologicznej różni się strukturą od skóry prawidłowej. W końcowym efekcie terapii ważne jest przede wszystkim, by nie upośledzała ona funkcji ruchowej, manipulacyjno-chwytnej ręki czy mimicznej twarzy i nie powodowała nieprawidłowego ustawienia np. głowy, szyi itp.

Nie mniej ważna jest dla pacjenta estetyka blizny, zwłaszcza gdy znajduje się ona w okolicach zwyczajowo odsłoniętych w życiu codziennym, a więc na twarzy, rękach i nogach. Taka lokalizacja blizn może mieć wiele różnych konsekwencji psychicznych. Wprowadzono nawet pojęcie "zespołu zeszpeconej twarzy" (ang. disfigured face, DF syndrome) /1/. Uważa się, że znaczne oszpecenie bliznami prowadzi do izolacji pacjenta, tzw. "śmierci socjalnej", która może prowadzić do prób samobójczych /1/. Wagę tych problemów ukazują też Partridge i Robinson. Zdanie tych autorów jest o tyle bardziej istotne, że jeden z nich sam przeżył rozległe oparzenia /3/.

Young z kolei uzmysławia nam fakt, że społeczeństwo jako całość negatywnie odbiera zeszpecenie twarzy i rąk, będące wynikiem oparzenia /6/. Nawet tak popularna postać, bohater nastolatków lat 80-tych kierowca rajdowy Niki Lauda stara się także ukryć swoje blizny po przebytych oparzeniach. Trzeba przyznać, że z punktu widzenia rehabilitacji społecznej wiele jest w tym zakresie do zrobienia. Należy wpływać na zmiany poglądów

społecznych, wykorzystując media w sytuacji tak wstrząsających wydarzeń jak pamiętny pożar 24 XI 1994r. w Hali Stoczni Gdańskiej lub inne podobne zdarzenia losowe.

Na końcowy efekt leczenia istotny wpływ wywiera więc zarówno funkcja oparzonego narządu jak i jego estetyczny wygląd. Poprawa sprawności ruchowej jest zagadnieniem, które wyprzedza w czasie estetyzację blizny. Aby ocenić u obserwowanych przez nas pacjentów powrót funkcji oraz śledzić proces gojenia i dojrzewania blizn pooparzeniowych, posłużyliśmy się poszerzoną oceną kliniczną. Opracowaliśmy karty badań, w których kolejno i systematycznie weryfikowaliśmy pacjentów:

A) w zakresie oceny funkcjonalnej:

- opis utrwalonych deformacji - (zniekształcenia, przykurcze) we wszystkich stawach w spoczynku i w ruchu z oceną kątową stopnia ograniczeń
- zdolności chwytne ręki - standardowa ocena możliwości zwijania ręki w pięść, chwytu całą dłońią, pensetowego, trójpunktowego oraz możliwości rozstawiania palców

W miarę upływu czasu dokonywaliśmy oceny:

- siły globalnej ręki (dynamometr)
- stopnia męczliwości ręki podczas wykonywania ruchu (badanie ergograficzne)

B) ocena gojenia się i wyglądu blizn:

- tzw. "mapa oparzeń" (zaznaczana na konturogramach) z uwzględnieniem rozległości i stopnia głębokości oparzenia,
- opis cech blizny (w poziomie skóry, zanikowa, niewielki przerost, gruby przerost)
- kolor blizny
- elastyczność blizny (normalna, nie ogranicza zakresu ruchu w stawach, bieleje przy ruchu w maksymalnym zakresie, ogranicza zakres ruchu)

Była to żmudna praca ze względu na dużą liczbę leczonych przez nas pacjentów, różnorodność oparzeń pod względem powierzchni, głębokości, sposobu leczenia chirurgicznego i przebiegu procesu gojenia. Zapewne nie ustrześliśmy się nieścisłości, które staraliśmy się minimalizować poprzez sprowadzanie oceny do dwóch autorek i posługiwanie się przyjętymi powyżej kryteriami. Dokonywane obserwacje na różnych etapach leczenia pozwoliły nam na podjęcie próby oceny efektu rehabilitacji.

Piśmiennictwo

1. Königova R: The psychological problems of burned patients. The Rudy Hermans Lecture 1991, Burns, 1992, 18, (3), 189-199.
2. Nyka W., Tomczak H.: Rola i znaczenie wczesnej rehabilitacji chorych po oparzeniach narządów ruchu, szczególnie kończyn górnych. Roczniki oparzeń, 1994/95, 5-6, 117-124.
3. Partridge J., Robinson E.: Psychological and social aspects of burns. Burns, 1995, 21, 453-457.
4. Roberts L. i wsp.: Longitudinal hand grip and pinch strength recovery in the child with burns. J. Burn Care Rehabil., 1993, 1, 99-102.
5. Xiao J., Cai B.R.: Functional and occupational outcome in patients surviving massive burns. Burns, 1995, 21, 415-421.
6. Young A.E.R.: The Laing Essay 1998: Ethical issues in burn care. Burns, 1999, 25, 193-206.