

Trudności w wyborze kryteriów oceny wyników rehabilitacji oparzonych

Ocena wyników leczenia osób, które uległy oparzeniu tradycyjnie skupiała się na współczynnikach śmiertelności, szczególnie w powiązaniu z procentem oparzonej powierzchni ciała /5/. Osiągnięty w ostatnich dekadach duży postęp w przeżywalności chorych z oparzeniami rodzi potrzebę oceny następnej fazy terapii tj. rehabilitacji.

Rehabilitacja w przebiegu leczenia oparzeń, zgodnie z definicją, jest to proces medyczno–społeczny, mający na celu powrót do możliwie maksymalnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej /5,10/.

Ostatecznym kryterium oceny efektu rehabilitacji medycznej i społecznej jest pełna integracja społeczna chorego. Oznacza ona powrót do pełnionych uprzednio funkcji społecznych w rodzinie, pracy, szkole i możliwość realizacji planów życiowych. Ten cel stawiają sobie zespoły terapeutyczne w wielospecjalistycznych centrach leczenia oparzeń i jemu podporządkowane są określone i ogólnieprzyjęte procedury terapeutyczne /3,4,5,9,15, 16/.

Powrót do uprzednio wykonywanej pracy jest kryterium stosunkowo jednoznacznym w ocenie. Z drugiej strony wiadomo, że na utrzymanie stanowiska pracy, dalszy rozwój zawodowy, czy awans społeczny wpływają również inne czynniki, nie zawsze zależne od możliwości pracownika. Zagadnienie to jest nieco prostsze w przypadku uczącej się młodzieży. Powrót do szkoły jest oczywisty, choć wybór dalszej drogi kształcenia często bywa modyfikowany skutkami przeżytego oparzenia. U naszych chorych czasem były one pozytywne, gdyż młodzież decydowała się na dalsze studia, licząc na większą akceptację swojej odmienności w nowym, bardziej wykształconym środowisku.

Z pracy Helm wynika, iż najważniejszym czynnikiem, warunkującym długość leczenia i możliwość powrotu do pracy jest rozległość oparzeń - % TBSA /4/. Inni autorzy największą rolę w dążeniu do powrotu do pracy przypisują osobowości pacjenta, jego przedsiębiorczości i ekspansywnej postawie wobec życia /9,11,16/. Troskliwość i nadopiekuńczość rodziców i rodziny nie jest w leczeniu tych chorych czynnikiem stymulującym.

Proces rehabilitacji jest działaniem wielomiesięcznym. Każda długotrwała terapia wymaga śledzenia dynamiki zmian w kształtowaniu się blizn i kontroli postępu leczenia. Jest to celowe po to, by uwiarygodnić zastosowaną metodę, ocenić efekt końcowy, porównać wyniki.

Przyjęło się w medycynie stosowanie tzw. oceny klinicznej, czyli opisu badania lekarskiego: podmiotowego i przedmiotowego. Taki sposób postępowania jest obciążony dużym subiektywizmem badającego. Aby tego uniknąć próbuje się wprowadzić inne metody klinimetryczne, pozwalające na bardziej dokładną weryfikację wyników. Najprostsze wydaje się ujednoczenie metod badania klinicznego. Można to osiągnąć poprzez wprowadzenie karty badań, zawierającej określone pytania i hasła z uściśloną oceną punktową, kątową itp.

Stosunkowo prosta jest ocena dysfunkcji ruchowej, wynikającej z przebytego urazu termicznego i następowego gojenia rany oraz z innych uszkodzeń, wynikających z paniki, upadku itp. W rehabilitacji ustalone są metody diagnostyki funkcjonalnej narządów ruchu /8, 10/. Określa się ustawienie anatomiczne poszczególnych odcinków kończyn, mierzy się zakres ruchu w określonych płaszczyznach, ocenia się wielkość przykurczu. Można także określać ruchomość globalną i odcinkową tułowia, szyi, głowy oraz kończyn. Istnieją ogólnie przyjęte metody oceny siły mięśniowej (pomiar dynamometryczny, test Lovetta) oraz ocena sprawności wykonywania funkcji złożonych np. manipulacyjno–chwytnych i mimicznych. Te ostatnie są szczególnie istotne, gdy oparzenie dotyczy twarzy i rąk. Szczególnie wnikliwej oceny wymaga funkcja oparzonej ręki (chwyt walcowy, trójpunktowy, dwupunktowy, itp.), gdyż od jej sprawności, zdaniem wielu autorów, zależy możliwość pełnej reintegracji społecznej chorego /13, 16/.

Znacznie trudniej jest ocenić proces gojenia rany i kształtowania się blizny. Powszechna w użyciu jest ocena kliniczna, która najczęściej dotyczy grubości, koloru, spistości, elastyczności i ucieplenia blizny /3,5,15/. Opis musi uwzględniać także jej zmienność – tzw. mozaikowość. Ta sama blizna może mieć inny wygląd w różnych miejscach i z tego powodu dokładność opisu jest zawsze obciążona błędem /1/. Próba wprowadzenia skal do oceny stopnia unaczynienia blizny np. Vancouver Vasculity Score (Vancouver General Hospital Burn Scar Assessment) nie znalazła powszechnej akceptacji, jakkolwiek była kolejnym krokiem w kierunku uściślenia oceny klinicznej /1/. Trwają też inne poszukiwania bardziej obiektywnych metod, które pozwoliłyby śledzić dynamikę kształtowania blizny i przełożyć te dane na wykładniki liczbowe /1,2,5,14/. Davis i Davey przyznają, że w chwili obecnej brak jest metod, które w pełni obiektywnie oceniają wszystkie istotne klinicznie parametry blizny /1,2/. Obaj autorzy podkreślają konieczność wprowadzenia takich metod, które pozwolą na prowadzenie badań w wielu ośrodkach z możliwością porównywania wyników.

Shakespeare dowiódł wysokiej korelacji między kolorem blizny a angiogenezą kapilarów. Wskazał na stopień unaczynienia jako istotny czynnik prognostyczny w rozwoju blizny przerostowej /14/. Na tej zasadzie oparto metodę analizy termowizyjnej, badanie stopnia unaczynienia blizny przy pomocy lasera dopplerowskiego, a także komputerowy program fotograficznej oceny koloru blizny /1,2,14/. Wszystkie te metody są niestety bardzo kosztowne, czasochłonne i wymagają specjalistycznej aparatury. Badania wykonywane przy ich pomocy mają na razie charakter eksperymentalny i nie znajdują zastosowania w codziennej praktyce lekarskiej /1,2,6,14/.

Jeszcze więcej trudności sprawia ocena estetyki blizny. Problem akceptacji własnego wyglądu jest sprawą bardzo złożoną, indywidualną dla każdego pacjenta. Śledząc proces powrotu do zdrowia naszych chorych mogliśmy się przekonać, że dla niektórych problemem jest niewielka blizna przerostowa o długości 1 cm, znajdująca się w okolicy, którą można przykryć włosami (np. przed uchem). Dla innych nawet znaczne ubytki małżowiny usznej są sprawą niewartą dalszego postępowania terapeutycznego. Z tego powodu opinia pacjenta stanowi najwyższe i ostateczne kryterium oceny efektu kosmetycznego terapii.

Odrębne zagadnienie, które podlega ocenie jest "jakość życia" (ang. quality of life). Można ją zbadać przy pomocy testów psychologicznych i specjalnych ankiet. "Jakość życia" jest w pewnym stopniu pochodną sprawności fizycznej i uzyskanego efektu kosmetycznego, lecz ma też szerokie uwarunkowania w psychice pacjenta. Z tych powodów oceniana jest zwykle przez zespół psychologiczno–psychiatryczny, zajmujący się terapią chorych z oparzeniami. Należy podkreślić, że tzw. "jakość życia" osób po przebytych oparzeniach jest

zawsze sprzężona zwrotnie z integracją społeczną i decyduje o powodzeniu wielomiesięcznego, a często wieloletniego postępowania rehabilitacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Davey R.B., Sprod R.T., Neild T.O.: Computerised colour: a technique for the assessment of burn scar hypertrophy. A preliminary report. *Burns*, 1999, 25, 207–213.
2. Davies J.W.L. : Challenges for the future in burn care 1990 A. B.. Wallace Memorial Lecture. *Burns*, 1991, 17, (1), 25–32.
3. Helm P.A., Walker S.C.: Return to work after burn injury. *J. Burn Care Rehabil.*, 1992, 13, (1), 53-57.
4. Helm P.A.: Burn rehabilitation: dimension of the problem. *Clin. Plast. Surg.*, 1992, 19, (3), 551-559.
5. Hurren J.S.: Rehabilitation of the burned patient.: James Laying Memorial Essay for 1993. *Burns*, 1995, 21, 116–126.
6. Liddington M.I., Shakespeare P.G.: Timing of thermographic assessment of burns. *Burns*, 1996, 22, 26–28.
7. Nyka W., Tomczak H.: Doświadczenia własne w rehabilitacji chorych z oparzeniami. *Doniesienie II. Post. Rehab.*, 1996, 3, 27-33.
8. *Ortopedia i rehabilitacja*. Dega W., Senger A. (red.), PZWL, Warszawa 1996.
9. Partridge J., Robinson E.: Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 1995, 21, 453-457.
10. *Rehabilitacja – podstawy diagnostyki funkcjonalnej, usprawniania leczniczego i reintegracji społecznej*. Szawłowski K. (red.), AMG, Gdańsk 1998.
11. Riis A. i wsp.: Long-term psychosocial adjustment in patients with severe burn injuries: a follow-up study. *Burns*, 1992, 18, 121–126.
12. Roberts L. i wsp.: Longitudinal hand grip and pinch strength recovery in the child with burns. *J. Burn Care Rehabil.*, 1993, 1, 99–102.
13. Robson M.C. i wsp.: Making the burned hand functional. *Clin. Plast. Surg.*, 1992, 19, 663–671.
14. Shakespeare P.G.: Looking at burn wounds: the 1991 A.B. Wallace Memorial Lecture. *Burns*, 1992, 18, (4), 287-295.
15. Ward R.S.: The rehabilitation of burn patients. *Crit. Rev. and Rehab. Med.* 1991, 2, 121-138.
16. Xiao J., Cai B.R.: Functional and occupational outcome in patients surviving massive burns. *Burns*, 1995, 21, 415–421.