

Skrb za hemofilnega otroka obsega mnogo socialno zdravstvenih problemov. Nujno je organizirati:

1. Transfuzijsko službo s stalno zalogo antihemofilne plazme oz. koncentratov antihemofilnega globulina.
2. Izdelati natančen program za ortopedsko rehabilitacijo prizadetih sklepov.
3. Vsak otrok hemofilik naj bo kategoriziran, omogočiti mu je treba izobraževanje in usposabljanje za njemu primeren poklic.
4. Potrebno je organizirati stalen zobozdravstveni nadzor.
5. Hemofilne družine je vključiti v genetično posvetovalnico.
6. Skrbeti za rehabilitacijo hemofilnih otrok v specialnih klimatskih zdraviliščih.

Za rešitev vseh naštetih problemov se je v Ljubljani na pediatrični kliniki v povezavi z interno kliniko in zavodom za transfuzijo krvi Slovenije ustanovil center za antihemofilno službo. V tem centru je urejena kartoteka vseh hemofilikov v Sloveniji, center ima na skrbi pravilno zdravljenje hemofilikov in izdaja posebne legitimacije.

ELIZABETA MILIČ, fizioterapevt  
Kirurški klinika Ljubljana

## Rehabilitacija roke

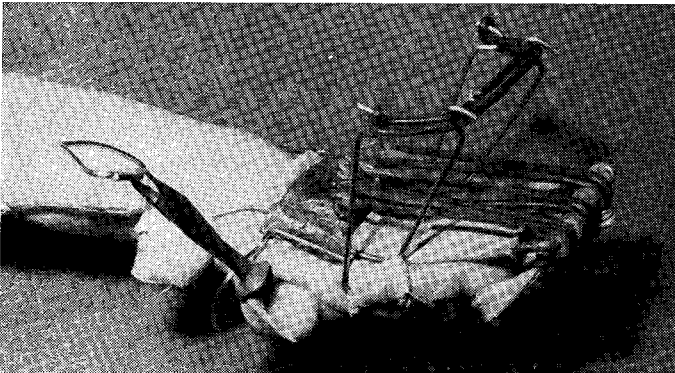
Napisala bi rada nekaj o rehabilitaciji poškodovane oziroma operirane roke. Za najpomembnejšo stvar pri tem štejem tesno sodelovanje zdravnika operaterja in fizioterapevta, pravilno indikacijo fizioterapevtskih posegov in njih pravilno izvajanje. Za čim boljše funkcionalno restitucijo tako važnega organa, kot je roka, se mora fizioterapija začeti čimprej, torej že pred operacijo oziroma že na operacijski mizi. Vendar bi nepravilno indicirana in izvajana fizikalna terapija lahko povzročila več škode kot koristi.

Rehabilitacija roke se začne torej pri svežih poškodbah že s samo operacijo, s pravilnim položajem roke oziroma s pravilno imobilizacijo, ki je največkrat mavčeva obveza ali pa Cramerjeva opornica. Zelo važno je, da je ta položaj fiziološki, kolikor je le mogoče, seveda če operacija sama ne zahteva drugačnega položaja. Imobilizacija naj zajame samo poškodovani oziroma operirani del in naj imobilizira res samo potrebne dele roke ter naj ne onemogoča gibanja drugim funkcionalnim delom roke. Imobilizacija naj bo dovolj vatrana, povoji (največkrat elastični) pa naj ne bodo zategnjeni, kajti v nasprotnem primeru ovirajo krvni obtok in s tem prekrvljenost končnih delov roke. Pri pacientih, pri katerih bodo z operacijskim posegom plastično reparirali sklepe ali tetive, pa začnemo z rehabilitacijo že tedne pred operacijo in skušamo doseči čim boljše gibljivost sklepov take roke. Obenem pa naučimo pacienta tudi statičnih kontrakcij posameznih skupin miškulature. S tem se skrajša poznejša pooperacijska rehabilitacija.

Po končanem operativnem posegu in po oskrbi roke zdravnik največkrat zahteva elevacijo ekstremitete, ki naj bo pri ležečem pacientu fiksirana na posebno

stojalo ali pa položena na blazino. Če pa je pacient zmožen hoje, je potrebno, da nosi operirano roko v miteli. Posebno važno je, da kontroliramo prekrvljenost končnih delov roke zaradi nastajajočega edema. Glavni indikator pri tem je gibljivost prstov, pacientovo počutje, senzibilnostne motnje in bolečina. Če se pojavijo kakršnekoli težave, je nujno potrebno, da tkivo razbremenimo tako, da zmanjšamo pritisk na imobilizirano roko. Boljšo cirkulacijo dosežemo, če vzdolž prerežemo mavec ali zrahljamo pretrdo zaviti elastični povoj in še bolj privzdignemo končino. Pacientu takoj naročimo, naj aktivno giblje v vseh sklepih, ki niso imobilizirani. Na primer: pacient z radialnim mavcem lahko giblje roko v ramenskem, komolčnem sklepu ter flektira in ekstendira vse prste. Naučimo ga, da izvaja statične kontrakcije v imobilizaciji tako, kot mu pokažemo na zdravi roki, in to kolikor se da kontroliramo pri prstih. Če pacient aktivnih gibov ne zmore, moramo izvajati pasivne gibe neimobiliziranih delov roke. Ne sme se zgoditi pri pacientu, ki ima poškodovan samo palec roke, da po nekaj tednih imobilizacije niti ne more več abducirati oziroma elevirati ekstremitete.

Ko pacient že nekaj časa nosi imobilizacijo in so se rane delno že zaprle, mu naročimo, naj izvaja določene namenske gibe oziroma opravlja določena dela. Na primer ležeči pacienti zvijajo povoje, gneteje svitke ali plastelin. Bolnikom, ki so odšli domov in hodijo samo na kontrolo, pa naročimo, da opravljajo taka dela doma. To naj izvajajo tudi pri delni imobilizaciji prstov in naj gibljejo z zdravimi oziroma manj poškodovanimi prsti.



*Slika 1*

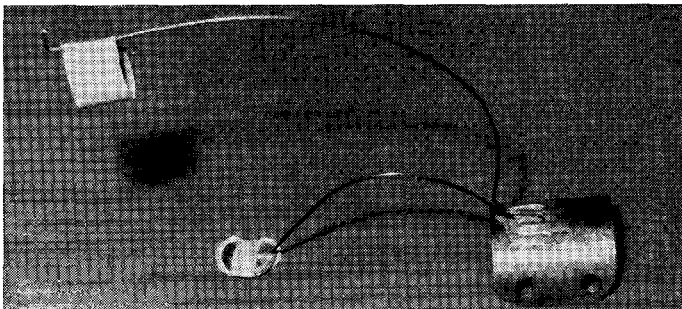
Pri stabilnih osteosintezah radiusa in ulne ali pa metakarpalnih kosti začnemo s previdnim aktivnim razgibavanjem takoj po operaciji. Pri teh operacijah ni treba nobene večje imobilizacije.

Fizioterapevt se pri svojem delu srečuje tudi s posameznimi poškodbami živcev, predvsem v regiji na zapestju. Te poškodbe zahtevajo poseben fizioterapevtski postopek zaradi dolge regeneracije živca. To je sicer obširna tema, a omenila bi le postopek pri okvarah pleksusa brahialisa, kot jih često vidimo pri poškodbah hrbtenice ali pa ramenskega obroča. To so:

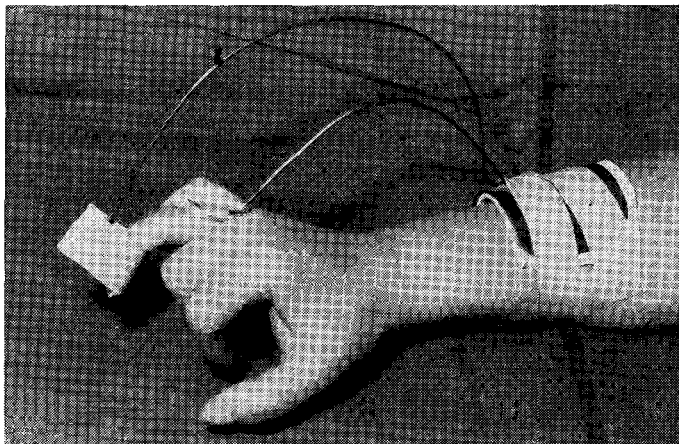
I. Nevrološke lezije pleksusa brahialisa, tj. Duchenne-Erbov sindrom (sindrom zgornje radialne veje).

II. D'Aran-Duchennov sindrom (sindrom spodnje radialne veje).

III. Sindrom celotnega pleksusa brahialisa s totalno paralizo. Če ni indicirana kirurška terapija teh poškodb, moramo s previdnim pasivnim razgibavanjem ohr-



*Slika 2*

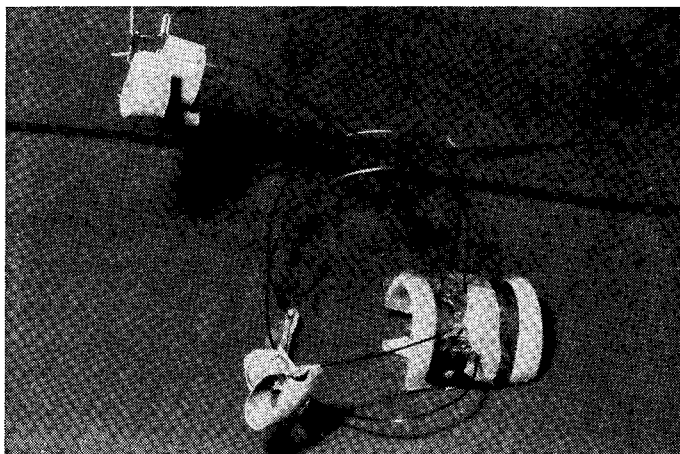


*Slika 2 a*

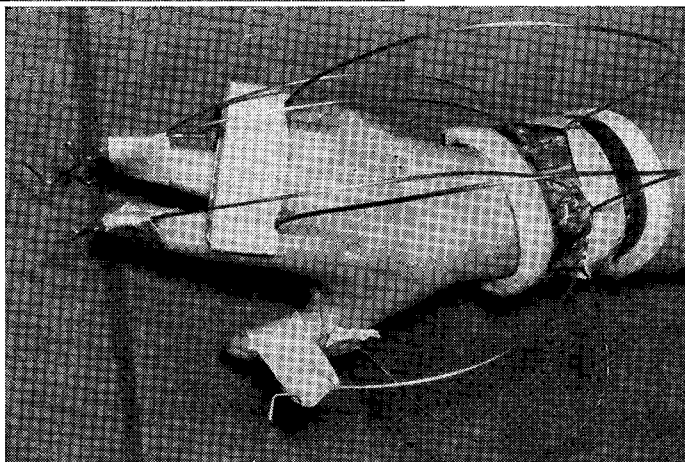
niti gibljivost sklepov paretične oziroma paralične roke. Poleg tega moramo pravilno namestiti mavčne longete in s tem preprečiti razpotegnitev mišičnih tetiv roke. Pri teh pacientih moramo paziti, da so longete dobro podložene, ker nastopajo tudi senzibilnostne motnje.

Tu bi omenila fizikalno terapijo pri Volkmanovi ishemični kontrakturi oziroma terapijo pri Sudeckovi distrofiji. S pravilnim položajem prstov v srednje fiziološkem položaju preprečujemo kontrakturo fleksornih tetiv roke. Že pri nastali Volkmanovi kontrakturi pa s posebno opornico (glej sliko št. 1) in s pasivnim ter delno aktivnim razgibavanjem prstov preprečujemo še večje flektorne kontrakture.

V pravem smislu pa se fizioterapevtovo delo začne po odstranitvi imobilizacije oziroma pri tendoplastiki takoj prvi dan po operaciji. Pri tendoplastiki že pred operacijo napravimo muskularni status, kolikor je le mogoče, pri poškodbah živcev pa še elektrostatus. Vse to natančno evidentiramo na posebnih kartonih, tako da lahko začetne meritve primerjamo s poznejšimi. Meritve ponavljamo vsak mesec. Za grafično prikazovanje gibljivosti prstov uporabljamo na naši kliniki tanke, lahko upogljive žice. Na dorzalno stran prsta, ki mu hočemo izmeriti gibljivost, položimo žico in izmerimo ekstenzijo in nato še fleksijo prsta. Tako upognjeno žico položimo nato na milimetrski papir in z barvnimi svinčniki zarišemo potek žice. Te meritve ponavljamo na deset dni. Tako dobljen diagram je veliko bolj pregleden in nam zelo dobro pokaže stanje gibljivosti prstov pred operacijo in po njej.



*Slika 3*

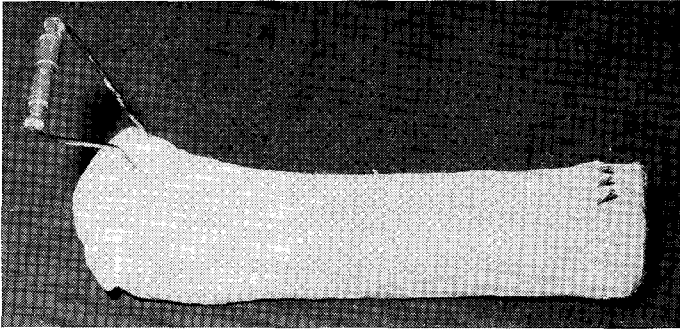


*Slika 3 a*

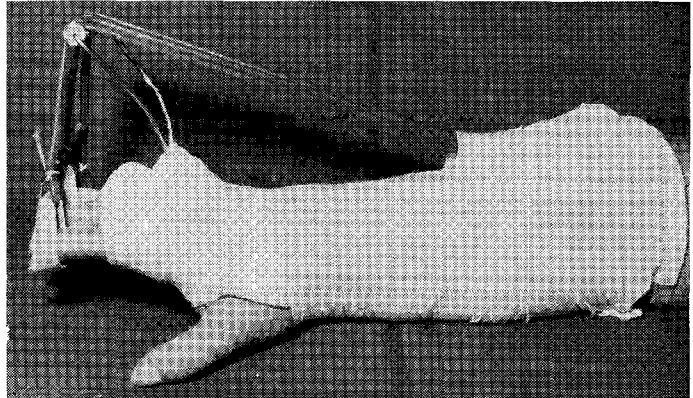
Po napravljenem statusu in meritvah je dobro, da skupno z zdravnikom napravimo načrt za naše delo pri pacientu in pri tem uporabimo že znane metode.

Najprej moramo takšno roko ogreti z različnimi kopelmi. Če je koža intaktna, uporabljamo parafinske kopeli tako, da začnemo najprej s parafinskimi ovitki, nato pa postopno preidemo na kopanje roke v parafinskem kotličku. Pri pacientih s kožno plastiko roke moramo posebno paziti, da so parafinski ovitki v začetku bolj ohlajeni, šele čez teden dni takega kopanja, ko se koža privadi na to toploto, pričnemo s kopelmi v kotličku. Paziti moramo pri parafinu, da ima tališče pri 43 do 45°C, in takšnemu dodamo  $\frac{1}{2}$  parafinskega olja. S tem dosežemo, da ostane parafinska obloga pri sobni temperaturi bolj voljna in da ne nastanejo opekline. Če pa koža ni intaktna, ogrevamo roko v toplih jodovih kopelih, katerim dodamo hipermangan ali desol. V takih kopelih naj pacient dela z roko tudi aktivne gibe. Takšna kopel naj traja predvidoma 20 minut. Ogrevanju sledi najprej aktivno razgibavanje, ki ga mora izvajati pacient previdno in počasi.

Pri rigidnih sklepkih pa poleg aktivnega razgibavanja izvajamo še pasivno razgibavanje z asistenco. Pri pacientih po plastiki tetiv pa izvajamo statične



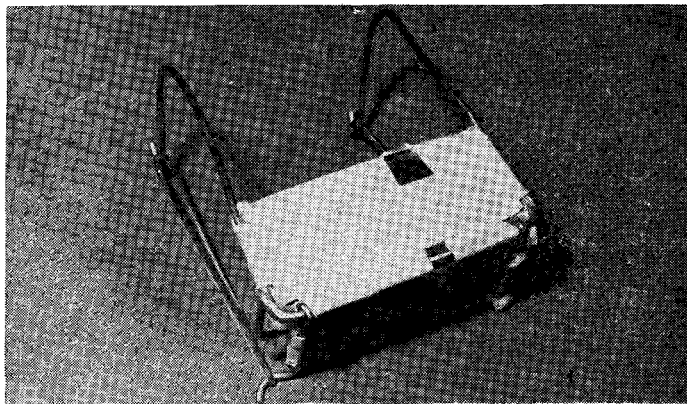
*Slika 4*



*Slika 4 a*

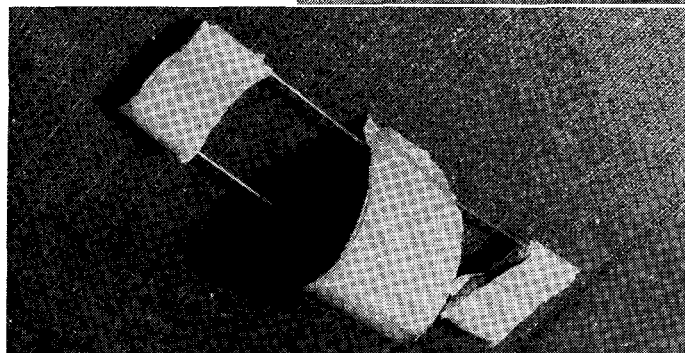
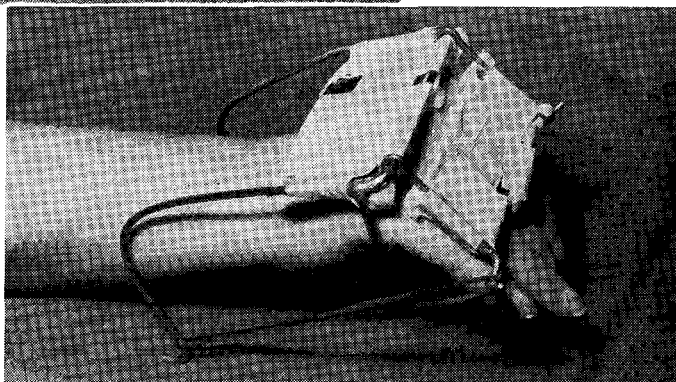
kontraksije operiranih tetiv, aktivne gibe pa v vseh prostih sklepih. Šele po nekaj dneh, ko zdravnik odstrani opornico, začnemo z aktivnimi gibi operiranih prstov. Takim pacientom se moramo še bolj posvetiti zato, ker zaradi dolgotrajnega zdravljenja nekako pozabijo delati določen gib. Z zdravo roko ali s faradskim tokom poizkušamo izvajati takšen gib. Poznam pacientko, ki po operaciji fleksorja pollicis longusa ni več znala flektirati palca in ji je bilo zato treba sočasno pokazati izvajanje tega giba s palcem zdrave roke. Šele nato je pacientka po nekaj dneh pričela z minimalno fleksijo palca na bolni roki. Pri pacientih, ki imajo deformirane prste po poliartritičnem obolenju, moramo po plastičnih operacijah takih sklepov oziroma tetiv prav tako izvajati njih statične kontraksije.

Aktivnemu razgibavanju sledijo vaje proti upor, ki jih delamo manualno ali pa uporabljamo razne priprave, da pacientu delo ne postane preveč enolično. Na primer: pobira kroglice, fižol, se igra s paličicami, izvaja gibe v miški, sestavlja kocke, gnete glino, stiska žogico ali pa mu poleg tega napravimo še opornico. Eno vrsto take opornice imamo na slikah (št. 2, 2a) in služi za krepitev fleksorja IV. prsta, lahko jo pa namestimo tudi na katerikoli drug prst (sliki št. 3, 3a). Naslednja taka opornica za krepitev prstnih fleksorjev je velika ekstenzijska opornica (sl. št. 4, 4a), vendar ta ni tako uporabna, ker je pri njej teg na prste premočan. Obe ti dve opornici uporabljamo lahko tudi pri kontrakturah prstnih fleksorjev. Uporabljamo pa še druge tipe opornic. Taka je na primer opornica, s katero hočemo doseči fleksijo v metakarpo-falangalnem sklepu (sl. št. 5, 5a), ali pa opornica, ki služi za korekcijo flekturnih kontraktur samo na



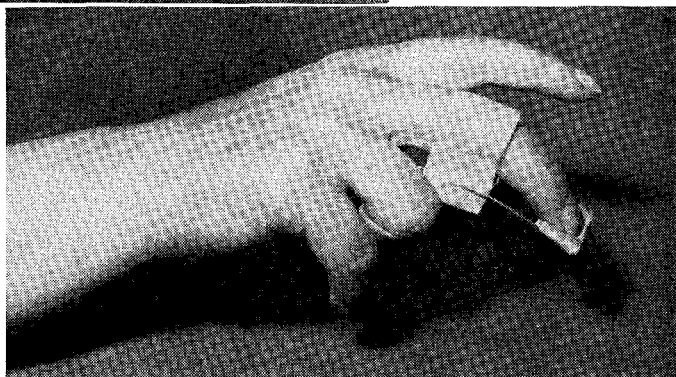
*Slika 5*

*Slika 5 a*



*Slika 6*

*Slika 6 a*



enem prstu (sl. št. 6, 6a). Prednost zadnje je v tem, da je lahka, enostavna in da s stalno, lahko trakcijo povzroča zaželeni učinek. Take opornice pa lahko tudi kombiniramo. Eno takih smo omenili že prej pri Volkmanovi kontrakturi (slika št. 1). Tako vidimo, da lahko preprosta, enostavna opornica marsikdaj prepreči večjo kontrakturo ali pa jo celo popravi. Vse te opornice so bile izdelane na pobudo dr. Šabca, ki se ukvarja s plastično kirurgijo roke na kirurški kliniki v Ljubljani.

Na koncu bi poudarila še, kako lahko izboljšamo potek medicinske rehabilitacije. Predvsem je nujno, da upoštevamo psiho pacienta. Efekt fizikalne terapije ne bo popoln, če pacienta ne bomo sočasno zaposlili. Še večji uspeh pa lahko dosežemo z uvajanjem raznih tekmovanj v sami fizikalni terapiji in z delovno terapijo. Omenila sem že navodila, kot so gnetenje gline, pletenje, zbiranje fižola itd., ki naj bi bila zasnova delovni terapiji. Želimo pa, da bi delovna terapija dobila solidno strokovno osnovo v svojih prostorih, kot ji pripada po metodah rehabilitacije.

S tem sem hotela prikazati, kako pomembna je pravočasna in pravilna rehabilitacija tako občutljivega in važnega organa, kot je človeška roka.

---

## DRUŠTVO FIZIOTERAPEVTOV IN IN DELOVNIH TERAPEVTOV SLOVENIJE

o b v e š č a

da bo 31. maja 1968

REDNI

### OBČNI ZBOR

v Domu sindikatov, Ljubljana, Dalmatinova 4.

Pričetek ob 8.30.

Glavna tema:

Reorganizacija zdravstvene službe

Mesto in delo fizioterapevta v zdravstvenem domu  
in patronaži

Področje delovnega terapevta

K udeležbi vabi ODBOR