

Н.Л. БОЖЕНКО, Н.В. ЖАРСЬКА

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Стаття присвячена аналізу застосування засобів реабілітації для лікування хворих із полінейропатією

Ключові слова: реабілітація, лікувальна фізична культура.

Стаття посвящена аналізу применения средств реабилитации для лечения больных с полинейропатией

Ключевые слова: реабилитация, лечебная физическая культура.

The article is devoted to analysis of methods of rehabilitation of remedial patients with polyneuropathy

Key words: rehabilitation, remedial gymnastics

Переважно дистальні симетричні поліневропатії, при яких уражаються спочатку ноги, потім руки, часто розвиваються підгостро у 2-5 % хворих із злоякісними новоутворами. Вираженість даних симптомів часто проявляється за декілька тижнів до проявів самого новоутвору. Цікавим є випадок з нашої практики.

Хворий П. був переведений у неврологічне відділення Львівської обласної клінічної лікарні з відділення судинної хірургії, де йому була проведена нефректомія з приводу новоутворення, з діагнозом: висхідний полірадикулоневрит Гійєна – Барє, цукровий діабет II типу.

У хворого через 4 дні після проведеного оперативного втручання стан різко погіршився. На фоні вираженої гіперглікемії (22 – 27 ммоль/л) у хворого розвинулись затерпання та слабкість у ногах, через 2 дні – в руках, а ще через два дні – розлади ковтання.

В неврологічному статусі: зір знижений, зіниці S=D, очні щілини S=D, лице симетричне, язик по середній лінії, ковтає добре. Рухи в кінцівках відсутні, сухожилкові рефлексі: згинально-ліктьові та карпорадіальні, колінні та ахілові пригнічені. Патологічних рефлексів на час обстеження нема. Поліневральний тип порушення чутливості.

При обстеженні виявлено: на ЕМГ – ознаки аксонального ураження та відсутні зміни в ЦСР, що відрізняє даний вид поліневропатії від синдрому Гійєна – Барє.

Очевидно, деякі речовини, які з'являються в крові при паранеопластичних процесах виявляють токсичний вплив на периферичну нервову систему. У даного хворого паранеопластичний процес був ще ускладнений гіперглікемією (вперше виявлений діабет II типу). У сироватці крові визначені циркулюючі антитіла проти компонентів нейрональних ядер (антинуклеарні антитіла I-го типу).

У медикаментозній терапії окрім інсулінотерапії, гормонотерапії було застосовано α – ліпоеву кислоту (берлітрон в дозі 600 мг внутрішньо крапельно №10), нейромідин 1% - 1,0 внутрим'язово №10, нуклео ЦМФ 2 мл внутрим'язово №3, потім в капсулах 2 рази на день № 10, реосорбілакт 200,0 внутрішньо крапельно, актовегін 2,0 внутрим'язово №10, мексидол 2,0 внутрим'язово №10.

Після переведення хворого в неврологічне відділення, крім комплексу медикаментозної терапії розпочато курс фізичної реабілітації, який передбачав використання лікувальних фізичних вправ та масажу.

Стан хворого почав покращуватись вже через 9 днів: відновився глотковий рефлекс, поступово почали відновлюватися рухи в руках. До кінця третього тижня почали відновлюватися рухи в нижніх кінцівках.

Комплекс реабілітаційних заходів першочергово передбачав профілактику виникнення ускладнень. З метою попередження дихальних ускладнень, покращення і активізації функції зовнішнього дихання було використано статичні та динамічні дихальні вправи та дихальні маніпуляції, такі як: «спружинення ребер», стискання, ротація, мануальна вібрація.

Для профілактики виникнення пролежнів ми використовували наступні заходи: часта зміна положення тіла пацієнта, використання допоміжних засобів, які усувають або зменшують тиск на ті ділянки шкіри, де є ризик виникнення пролежнів.

Для зменшення спастичності м'язів ми використовували пасивні статичні вправи на розтяг з допомогою реабілітолога та методику постізометричної релаксації.

Для профілактики виникнення контрактур або збільшення амплітуди в суглобах, ми використовували пасивні рухи з максимальною амплітудою. Пасивні рухи починали з проксимальних відділів кінцівок, поступово переходячи до дистальних. Пасивні рухи ми виконували в повільному темпі з можливою більш повною амплітудою, так щоб рух не супроводжувався різким болем або наростанням тону. Дотримання цих правил необхідне для поступового відтворення у хворого адекватної пропріоцептивної інформації в паретичних кінцівках в цілях подальшого забезпечення активних рухових актів.

Наступним завданням реабілітації було відновлення порушених функцій внаслідок перенесеної поліневропатії. Для відновлення рухів ми спочатку використовували напруження м'язів, при появі активних рухів використовували пасивно-активні та активні вправи. Поступово вільні і махоподібні рухи ускладнювали додатковими обтяженнями, опором. Особливу увагу приділяли відновленню рухів у суглобах пальців і стоп.

Наступним кроком була вертикалізація хворого (переведення пацієнта з положення лежачи в положення сидячи). Враховуючи клінічні особливості, хворого поступово адаптували до змін положення. Для навчання хворого навичкам самообслуговування необхідно утримувати рівновагу в різних положеннях тому паралельно з навчанням основним руховим навичкам, ми підбирали спеціальні вправи для тренування рівноваги та утримання поз (у положенні лежачи, сидячи, стоячи та стоячи на колінах). Починали тренувати рівновагу після адаптації хворого до вертикального положення.

Наступним кроком було переведення хворого в положення стоячи, навчання його навичкам ходьби та індивідуальний підбір засобів пересування. Опорну функцію ніг хворого тренували в положенні стоячи, спираючись руками на спинку ліжка. Останнім завданням було навчити хворого ходити з засобом пересування і долати бар'єри навколишнього середовища. Хворого навчали правильно стояти біля опори, потім ходьби на місці, ходьби з опорою і тільки після цього – без опори. При ходьбі приділяли увагу правильній постановці ніг, поставі, рухам по східцям.

Лікувальний масаж застосовували одночасно з використанням лікувальних вправ з метою покращення крово- і лімфообігу в уражених тканинах, трофічних і регенеративних

процесів, зменшення болю, парестезій, покращення провідності нерва, нервово- психічного стану хворого.

Реабілітаційний курс тривав три тижні, після чого почали відновлюватися рухи.

Висновки

Поєднання медикаментозних та немедикаментозних реабілітаційних заходів у відновленні рухової функції у хворого з поєднаною паранеопластично – діабетичною поліневропатією дало хороший результат: у хворого відновились рухи у верхніх та нижніх кінцівках, він почав ходити. Тим самим ми покращили стан рухової та сенсорної функції хворого та покращили якість його життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Епифанов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А. Епифанов – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
2. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / Клапчук В.В., Дзяк Г.В., Муранова І.В. та ін.; за ред. В.В. Клапчука, Г.В. Дзяка. – К.: Здоров'я, 1995.- 321 с.
3. Физическая реабилитация: Учебник для акад. и ин-тов физ. культуры / Под ред. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 1999. – 608с.
4. Peter Kempler. Neuropathies — Pathomechanism, clinical presentation, diagnosis, therapy (revised, enlarged edition) Springer SP, 2002.
5. Susan B., O'Sullivan, Thomas J., Schmitz Physical rehabilitation: assessment and treatment F. A. Davis Company. Philadelphia, 1994.

В.Р. БУДЗИН, О.І. РЯБУХА, Р.М. ПЕЛЕХАТИЙ ФІЗИЧНА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ФУТБОЛІСТОК: ЗМІНИ ВПРОДОВЖ БІОЛОГІЧНОГО ЦИКЛУ.

У футболісток 18-20 років протягом ОМЦ досліджувались зміни PWC-170 та МСК. Встановлено, що параметри фізичної працездатності та МСК футболісток були найнижчими у III і V фазах ОМЦ, найвищими- у II та IV фазах ОМЦ.

Ключові слова: футболістки, біологічний цикл, фізична працездатність, максимальне споживання кисню.

У футболисток 18-20 лет на протяжении ОМЦ исследовались изменения PWC-170 и МПК. Установлено, что параметры физической работоспособности и МПК футболисток были самыми низкими в III и V фазах, наиболее высокими - во II и IV фаза ОМЦ.

Ключевые слова: футболистки, биологический цикл, физическая работоспособность, максимальное поглощение кислорода.

During the OMC-period in femal football-players of 18-20 years old the changes of parameters of PWC-170 and MSK were investigated. It was established that the lowest parameters of exercise performance and MSK of the female football-players were in III and V phrases of OMC-period, the highest were in II and IV phrases respectively.