

Анотація. В статті розказано про створення індивідуальних програм фізичної реабілітації для осіб з пошкодженням спинного мозку. Дана послідовність побудови індивідуальної програми і вказана необхідність її реалізації.

Summary. Features of creation of the individual program of physical rehabilitation for persons with spinal cord injury. In article is related about bout creation of the individual program of physical rehabilitation for persons with spinal cord injury. A sequence of construction of the individual program is led. Is indicated on the necessity of observance of ways of its realization.

Стаття надійшла до редакції 11.09.2004 р.

УДК 796.012.61 + 616.7

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СКЛАДАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Б.Р.Крук

Львівський державний інституту фізичної культури

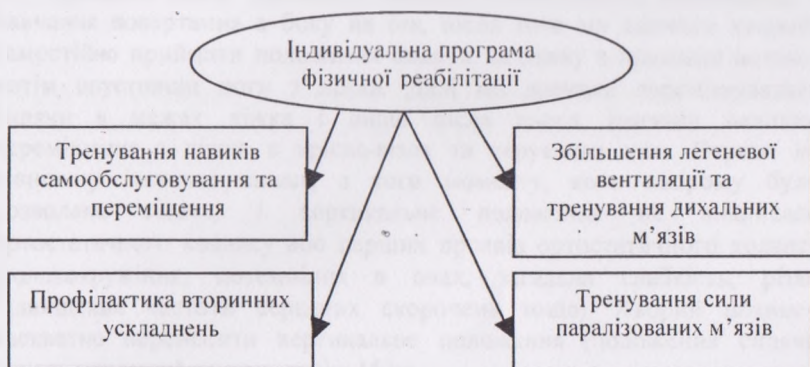
Актуальність. Досвід лікування та реабілітації осіб з хребетно-спинномозковою травмою свідчить про те, що 70-85 % випадків пошкодження хребта і ураженням спинного мозку супроводжується стійкими розладами рухової функції, і тільки 15-30 % не супроводжується ураженням спинного мозку [6,7,9].

В результаті довготривалого відновлюючого лікування лише 25-30 % хворих з даною травмою мають здатність самостійно ходити. Вивчення динаміки інвалідності з травматичною хворобою спинного мозку свідчать про те, що у: 61 % випадків група інвалідності залишається незмінною на протязі багатьох років, у 24 % випадків спостерігається часткове відновлення, а в 15 % погіршення стану [1]. Це свідчить про недостатню ефективність фізичної реабілітації неповносправних з наслідками спинномозкової травми. Зокрема, практично не вивчено використання фізичних вправ у реабілітації осіб з травмою хребта у шийному відділі у після операційний період.

В цілому, фізична реабілітація осіб з наслідками спинномозкової травми є складним і актуальним завданням, вирішення якої можливе за участю фахівців різного профілю, в тому числі і спеціалістів з фізичної культури. Методика реабілітації засобами фізичного виховання осіб з високим рівнем ураження спинного мозку у вітчизняній науковій літературі недостатньо описана. Саме це було метою нашої роботи – розробити методику фізичної реабілітації осіб першого зрілого віку з травмою хребта та спинного мозку в шийному відділі засобами фізичного виховання у післяопераційний період.

Дана методика була розроблена нами з дотриманням всіх дидактичних принципів, основних принципів реабілітації, та клінічних особливостей перебігу хребетно-спинномозкової травми. В основу авторської методики було покладено модель фізичної реабілітації, яка була опублікована в роботах А.Н. Белової [2,3,4,8], В.А. Епифанова [3], О.Г. Когана [4], Yarkony G. [8], та інших авторів.

Індивідуальна програма фізичної реабілітації осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу передбачала вирішення низки завдань, які представлені на рисунку 1.



Ми вважаємо, що першочерговим завданням в реабілітації спинальних хворих є профілактика вторинних ускладнень, поза як ускладнення можуть стати причиною зниження результатів реабілітації, чи навіть смерті хворого [10]. Найчастішими

ускладненнями при даному виді травми є: відлежини, виникнення застійних явищ в легенях з погіршенням легеневої вентиляції, контрактури, тромбоз глибоких вен. З метою профілактики даних проблем ми застосовували цілу низку реабілітаційних заходів.

Профілактика відлежин полягала у частій зміні положення тіла хворого (кожних дві години), та використання спеціальних протипролежневих матраців та поролонових подушок, які підкладалися під тіло хворого у місцях найчастішого виникнення відлежин. Для попередження гіпостатичних пневмоній та покращення видалення харкотиння з дихальних шляхів застосовувались спеціальні дренажні положення та використовувались елементарні дихальні вправи, де акцент робився на подовження видиху. Також, індивідуально для кожного хворого складався комплекс дихальних вправ, який виконувався під керівництвом реабілітолога, з урахуванням індивідуальних можливостей хворого та клінічних симптомів перебігу травми. Для попередження контрактур, ми розташували кінцівки в положенні яке відповідає середньому фізіологічному, що в свою чергу сприяє попередженню набряку та ішемії кінцівок. За рахунок правильної іммобілізації досягалося значне зменшення гіпертонії м'язових груп і зниження внутрішньосуглобового тиску, зменшення болю. Правильне положення тіла передбачала не тільки надання середнього фізіологічного положення, але і забезпечення при піднятого положення кінцівок, через те, що набряк сприяв утворенню контрактур.

Одним з найефективніших методів профілактики контрактур є виконання активних і пасивних вправ, що також використовувався нами для профілактики даного ускладнення. Пасивні рухи у верхніх і нижніх кінцівках виконувались у повільному темпі, ритмічно, для того, щоб уникнути підвищення м'язового тону, це є важливою умовою виконання пасивних рухів при спастичних паралічах. Рухи в суглобах виконувались у всіх площинах, кожен рух виконувався не менше 10-ти разів. На протязі дня пасивні рухи повинні виконуватися не менше 2-ох разів.

При хребетно-спинномозковій травмі ми спостерігаємо порушення інервації м'язів, що призводить до значного зменшення сили і атрофії паралізованих м'язів. Також ми спостерігали зменшення сили м'язів, внаслідок гіподинамії котрі не були уражені паралічем. Тому першочерговим завданням в процесі реабілітації даного контингенту хворих, було відновлення інервації та тренування сили м'язів. Під час занять з хворими, ми дотримувались певних принципів

а саме: при повному паралічі ми навчали хворого будь яким скороченням м'язів. При появі м'язевих скорочень ми навчали пацієнта дозованим м'язовим напруженням і розслабленням, поступовому нарощуванню і розслабленню напруження в м'язах. При виражених парезах рухи виконувались в полегшених умовах (рухи виконувались в горизонтальній площині, на гладкій поверхні, використовувались активно-пасивні рухи). З метою збільшення навантаження на м'язи ми використовували багаторазове повторення вправ із збільшенням швидкості і амплітуди руху. Використовували вправи з протидією (протидію руху створював реабілітолог, для створення протидії також використовувались гантелі еспандери). Для тренування сили, під час педагогічного експерименту, ми використовували коловий метод тренування. В процесі тренування ми використовували динамічні та статичні вправи і активно-пасивні рухи.

Для тренування навиків самообслуговування та самостійності необхідно щоб травмована особа могла утримувати положення рівноваги і тому паралельно з навчанням навиків самообслуговування та переміщення ми використовували вправи для тренування рівноваги та утримання пози. Навчання навиків самостійності починались з навчання повертання з боку на бік, після того ми навчали хворого самостійно приймати положення сидячи на ліжку з прямими ногами, потім опустивши ноги з ліжка. Далі ми навчали переміщуватись сидячи в межах ліжка і лише після цього, навчали навикам переміщення з ліжка в крісло-візок та керування ним. Вправи на рівновагу застосовувались, з того моменту, коли хворому було дозволено сідати, і вертикальне положення не викликало ортостатичного колапсу або перших проявів ортостатичного колапсу (головокружіння, потемніння в очах, загальна слабкість, різке підвищення частоти серцевих скорочень тощо). Хворий повинен адекватно переносити вертикальне положення (положення сидячи опустивши ноги) не менше ніж 15 хв.

Для пацієнтів хребтно-спинномозковою травмою в шийному відділі хребта характерним є зменшення легеневої вентиляції, зменшення ЖЕЛ, погіршення видалення харкотиння з дихальних шляхів, за рахунок паралічу дихальних м'язів. Для вирішення цих проблем, нами була розроблена методика поєднання дихальної гімнастика, постурального дренажу та маніпуляційних втручань. Для досягнення поставлених цілей дихальна гімнастика проводилась з першого дня поступлення хворого в стаціонар. Зважаючи на клінічні особливості даного контингенту хворих перед нами стояло завдання покращити силу видиху та збільшити об'єм видиху. Таким чином

співвідношення між вправами на вдих і видих, в заняттях дихальною гімнастикою, складало 1:3, тобто вправ спрямованих на тренування видиху було в 3 рази більше ніж на тренування вдиху. Заняття дихальною гімнастикою, з пацієнтами експериментальної групи, проводилося 3 рази на день, з метою профілактики ускладнень з боку дихальної системи. Якщо ж ускладнення все таки виникали, у вигляді обструкції дихальних шляхів слизом та харкотинням, гіпостатичних пневмоній, дихальна гімнастика проводилась не менше 5 разів на день.

За результатами констатуючого експерименту ми можемо стверджувати, що однією з клінічних ознак пошкодження спинного мозку в шийному відділі є спастичність м'язів та підвищення тону м'язів нижніх кінцівок. Прояв цих клінічних ознак, значною мірою впливає на рівень володіння руховими навичками [5]. У зв'язку з цим, одним з завдань яке стояло перед нами було зберегти рівень рухливості в суглобах та зменшити спастичність м'язів верхніх кінцівок та тулуба. Для виконання поставленого перед нами завдання ми використовували пасивні статичні вправи на розтяг з допомогою реабілітолога, а також вправи для збільшення амплітуди руху верхніх кінцівок. Зокрема, в ліктьовому, плечовому, променево-зап'ястному суглобах, ми використовували методику пост ізометричної релаксації (ПІР).

Висновок. Методичні рекомендації по профілактиці вторинних ускладнень, тренуванню сили паралізованих м'язів і навчанню навиків самостійності, наведені в даній публікації, лягли в основу авторської методики фізичної реабілітації осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділі в післяопераційний період.

Література

1. Амелина О.Ф. Травма спинного мозга // Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: Под. ред. А.Ю. Макарова СПб.: ООО Золотой век, 1998. – С.232-248;
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. - М.: Антидор, 2000г. - 568с.
3. Епифанов В.А. Реабилитация больных с травмой позвоночника и спинного мозга // Советская медицина, 1988. №1 – С.72-74;
4. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. - М.: Медицина, 1998-304с;
5. Крук Б.Р. Визначення вихідного рівня показників рухової функції осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період // педагогіка, психологія та медико-біологічні

проблеми фізичного виховання та спорту: Зб. наук. пр. за ред. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХПІ) - ХДАФК, 2004. – №15. 70-74с;

6. Редько Б.П. Особенности построения двигательного режима у больных с заболеваниями и травмой спинного мозга на основе оценки степени физической адаптации : сб. науч. тр. – Симферополь, 1989. – С.146-182;

7. Ткач Е.В., Абилов А.И., Володина Ф.С. Магнитотерапия острых травм спинного мозга. – Алма-Ата: Наука КазССР, 1998. -88с;

8. Yarkony G., Chen D. Rehabilitation of patients with spinal cord injuries // In : Braddom (ed). Physical medicine and rehabilitation. – W.B. Sanders Company. 1996. – P.1149-1179;

9. Falcone B. et al Progressive posttraumatic myelomalacie myelopathy // Amer J. Neuroradiol. – 1994. – Vol.15. - №4 – P. 747-754;

10. Staas W., La Mantia J. Dcubitus ulcers and rehabilitation medicine // Int. J. Dermatol. – 1982. - №21. – P.437-444.

Аннотація. В статті изложены основні програмні положення авторської методики фізичної реабілітації осіб з спинно-мозговою травмою шийного відділу в післяопераційний період.

Summary. Basic program positions of author method of physical rehabilitation of persons with the spinal cord injury in cervical spine section in post-operative period have been in the article.

Стаття надійшла до редакції 01.10.2004 р.