



АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РУХОВОЇ ТА ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ОСІБ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ З ТРАВМОЮ ХРЕБТА ТА СПИННОГО МОЗКУ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Богдан Крук

Львівський державний інститут фізичної культури

АННОТАЦІЯ

К проблеме физической реабилитации больных первого зрелого возраста с травмой позвоночника и спинного мозга средствами физического воспитания

В работе дается сравнительная характеристика по проблеме физической реабилитации больных первого зрелого возраста с травмой позвоночника и спинного мозга средствами физического воспитания в послеоперационном периоде.

ANNOTATION

To problem of physical rehabilitation of adults with spinal cord injury by the means of physical education in the post-operative period.

In article given analysis methods of research from the problem of physical rehabilitation of adults with spinal cord injury by the means of physical education in the post-operative period.

Актуальність. Під терміном „Реабілітація” розуміють, суспільно-необхідне функціональне і соціально-трудове відновлення хворих та неповносправних, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути неповносправного до суспільного життя і праці, відповідно до його стану. Для досягнення мети та вирішення завдань реабілітації, потрібно дотримуватись насамперед основних принципів реабілітаційного процесу. Фізичну реабілітацію осіб із спинномозковою травмою слід розглядати як лікувально-педагогічний і навчальний процес. І через це дотримання всіх правил і принципів загальної педагогіки теорії і методики фізичного виховання надзвичайно важливо у лікуванні осіб із травматичним ураженням хребта та спинного мозку.

На даний момент 10% населення земної кулі становлять неповносправні особи і їхня кількість неухильно зростає. Що року в Україні в середньому 2066 осіб отримує спинномозкову травму, і з кожним роком їхня кількість збільшується на 91,7 випадки [1]. Частота травми хребта і спинного мозку складає 50 випадків на 1 мільйон населення, причому більша половина травмованих – це

населення молодше 40 років, готто найбільш працездатна і соціально активна частина населення. Учені і фахівці всього світу працюють над благородним завданням, як підвищити якість життя цих людей, сприяти їхній реабілітації та інтеграції у суспільне життя. Для вирішення цих завдань потрібні комплексні наукові дослідження, тому що вони є надто складними для вирішення однією галуззю науки. У досягненні спільної мети потрібно об'єднати зусилля медиків, педагогів, фахівців в галузі фізичного виховання та спорту, психологів, соціальних працівників.

Реабілітація хворих із спинномозковою травмою в шийному відділі хребта є особливо важким завданням тому, що рухові ураження нижніх і верхніх кінцівок різко обмежують можливість самостійного пересування хворого і ведуть до глибокої інвалідності. На даний момент чітко визначена характеристика наслідків спинномозкової травми. При травмі хребта і спинного мозку спостерігаються розлади не тільки у руховій сфері, але і порушується робота тазових органів, кишківника, порушення трофічних процесів. Важкість та стійкість інвалідності при пошкодженні хребта визначаються важкістю ушкодження спинного мозку, рівнем травми, ступенем рухових розладів, порушення трофіки та роботи тазових органів.

В процесі реабілітації осіб із травматичним ураженням хребта і спинного мозку використовується ціла низка методів та засобів, якими можна вплинути на відновлення чи компенсацію втрачених функцій. Основними засобами реабілітації є: кінезіотерапія і ортопедичні методи лікування, масаж, мануальна терапія, фізіотерапія, психотерапія, працетерапія з елементами профорієнтації.

Серед вказаних засобів реабілітації кінезіотерапія, або лікування рухом, належить провідна роль в реабілітації хворих неврологічного профілю, а саме осіб із спинномозковою травмою. Роль кінезіотерапії полягає в тому, щоб зменшити негативні наслідки гіподинамії в цілому, а також в корекції рухових розладів.

Доведено, що частково деінеровані м'язи хворого з наслідками травми хребта і спинного мозку реагують на виконання вправ з подоланням спротиву, як м'язи здорової людини. Це проявляється у збільшенні їх маси і м'язевої сили.

Слід зазначити, що у вітчизняній науково-методичній літературі добре висвітлені питання підтримання і/або відновлення втрачених функцій та тренування фізичних якостей, натомість нам не вдалось знайти джерела, в яких було б висвітлене питання компенсації втраченої чи відсутньої функції. Функціонального обмеження. Жоден з існуючих методів не ґрунтується на використанні, як засобу фізичної реабілітації осіб із спинномозковою травмою, прикладних вправ.

Отже розв'язання проблеми реабілітації осіб із спинномозковою травмою вимагає подальшого вдосконалення засобів, методів і форм, що і було предметом наших досліджень.

Метою цієї роботи є аналіз сучасних методів дослідження рухової та психічної сфери осіб пер-

шого зрілого віку з травмою хребта та спинного мозку у процесі фізичної реабілітації.

Методи дослідження

Вивчення наукової літератури з проблем фізичної реабілітації, соціальної педагогіки, медичної реабілітації, профілактичної медицини, працетерапії, а також сучасних досягнень теорії та методики фізичного виховання, узагальнення передового досвіду фізичної реабілітації в неврології дозволило нам виділити й описати основні методи, які активно використовуються в сучасній практиці фізичної реабілітації осіб першого зрілого віку з травмою хребта та спинного мозку. До них належать:

Антропометрія

Антропометричні дослідження полягали у визначенні довжини частин тіла хворого. Виходячи з антропометричних даних ми мали можливість індивідуально для кожного хворого підбирати крісло-візок, милиці, ходунки, палиці. Правильний вибір візка може покращити функцію (дихальну чи рухову), а неправильний може її обмежити (зашироке сидіння, недостатня підтримка спини, погано розміщені колеса). Неправильно вибраний візок може бути причиною збільшення неповносправності хворого

Мануальний м'язовий тест (ММТ)

ММТ – дозволяє встановити чи бере м'яз участь у русі, а також встановити силу м'язевого скорочення. При мануальному м'язевому тестуванні для кожного м'язу або групи м'язів використовувався специфічний тестовий рух, який виконувався, в певному специфічному вихідному положенні. Критерієм оцінки м'язевого зусилля є долання сили тяжіння частини тіла (гравітації), під час виконання тестованого руху, або долання мануального спротиву, який чинить особа, котра тестує хворого.

Основні принципи ММТ використовувались нами в оцінці стану сили м'язів в верхніх і нижніх кінцівках та тулуба. Для того щоб застосувати ММТ у вирішенні завдань нашого дослідження, для кожної м'язевої групи, яка бере участь у загальному русі, нами були попередньо апробовані вихідні тестові положення, які дозволяють виключити силу тяжіння частини тіла і виявити максимальну силу м'язів при виражених ступенях парезів верхніх і нижніх кінцівок.

Оцінка тонуусу м'язів

Оцінка м'язевого тонуусу проводиться шляхом пальпації м'язів (оцінка їх механіко-еластичних властивостей), а також оцінюється рефлекторна скорочуваність м'язів при повторних пасивних рухах в суглобі. При пальпації м'язів встановлюють їх пружність, вдавлювальність, при чому кінцівка повинна бути в такому положенні, в якому м'язи є максимально розслабленими. Пальпація виконується пальцями лікаря чи реабілітолога шляхом повторних стискань м'яза, або ж рукою притиснується тільце м'язу зверху. При тестуванні м'язевого тонуусу способом пасивних рухів, реабілітолог виконує пасивні рухи на згинання і розгинання в суглобі в середньому темпі (приблизно в такт годинниковому маятнику) і, таким чином, визначає спротив до пасивного розтягу м'язу.

Ступінь спастичності найчастіше визначають по модифікованій 6-ти бальній *Шкалі Спастичності Ашфорта* [2]. Дана шкала проста і зручна у використанні, але її надійність доказана лише для ліктьового суглобу. Однак інших методів тестування тонуусу практично немає: всі інші шкали, які опубліковані в літературі, є лише модифікаціями даної шкали.

Обстеження об'єму рухів в суглобах (гоніометрія)

Об'єм рухів у суглобах досліджувався за допомогою гоніометра (пристрій для вимірювання ам-

плітуди руху у суглобах), який об'єктивно визначає амплітуду руху в градусах. Досліджувались два види об'єму рухів: активний і пасивний. Активний об'єм рухів - результат роботи м'язів, відповідальних за його виконання. Пасивний об'єм рухів – результат докладання зовнішньої сили.

Оцінка психоемоційного стану неповносправних осіб

Оцінка психоемоційного стану проводилась за допомогою тесту „Шпитальна шкала тривоги та депресії”, D.Wade, [2], яка складається із 14 питань, при чому непарні питання (1,3,5,7,9,11) складають субшкалу тривоги, а парні(2,4,6, 8,10,12,14) – субшкалу депресії. На кожне питання є 4 варіанти відповіді, які відображають градацію вираженості ознак і кодуються по наростанню важкості симптомів від 0 (відсутні) до 3 (максимально виражені). Сума балів підраховується окремо для субшкали тривоги і для субшкали депресії. Виділяють наступні межі суми балів для кожної шкали: 0-7 балів норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і більше – клінічно виражена тривога/депресія.

Оцінка

функціонального стану

Оцінка рівня соціально-побутових можливостей та рівня незалежності в сфері повсякденної життєдіяльності проводилась за „Функціональною оціночною шкалою для хворих з травмою спинного мозку” (ФОШпТХіСМ) [4], та „Індексом Бартела”[5].

Тест „(ФОШпТХіСМ)” складається з восьми субшкал, які включають в себе різну кількість завдань (всього 61). Виконання кожного з цих завдань оцінюється

балами від 1 до 5 на основі прямого спостереження за пацієнтом. Підрахунок сумарних балів проводиться по субшкалам теста. Для оцінки виконання хворим певних завдань використовувалась 5-бальна шкала :

5 = хворий може виконати завдання без утруднень і модифікації, в нормальному темпі; не потребує ніякої допомоги

4 = хворий може виконати завдання самостійно, але при цьому виникають певні проблеми (повільний темп, сумнів)

3 = хворий потребує нагляду (поради, інструкції), чи зовсім великої сторонньої допомоги зі сторони оточуючих; 75% і більше завдань виконує самостійно

2 = хворий потребує значної сторонньої фізичної допомоги однієї або більше осіб; 25% завдань виконує самостійно

1 = хворий не може виконувати завдання і повністю залежний від допомоги оточуючих

Індекс Бартела дуже популярний тест серед спеціалістів з фізичної реабілітації. Такі дослідники, як D.Wade [2], пропонують його в якості одного з найкращих інструментів для визначення незалежності у повсякденному житті.

Оцінка рівня повсякденної активності проводиться за сумою балів, які визначались по кожному з розділів тесту. Більшість завдань мають оціночні ранги „0” (неможливо виконати завдання) „5” (потрібна допомога для виконання завдання) і „10” (повна незалежність при виконанні завдання); два пункти мають ранги „0” (виконання завдання неможливе або потрібна значна допомога) і „5” (повна незалежність), і два пункти мають такі оціночні ранги „0” (повна незале-

жність), „5” або „10” для випадків коли необхідна допомога, і „15” (повна незалежність); сумарна оцінка варіює від 0 до 100. Існують три рівні самостійності і активності:

– від 0 до 20 повна залежність від сторонньої допомоги;

– від 21 до 60 виражена залежність;

– від 61 до 91 помірна залежність;

– від 91 до 99 легка залежність.

Висновок. Отже, дана методика лягла в основу розробки авторської програми фізичної реабілітації осіб першого зрілого віку з травмою хребта і спинного мозку засобами фізичного виховання в післяопераційний період.

Література

1. Діагностика та лікування хворих з хребетно-спинномозковою травмою / М.Є. Поліщук. В.Я. Фіщенко, В.А. Улещенко, В.І. Солений, А.Т. Шашкевич, С.М. Нехлопочин. Є.І Слинко.- К.: МОЗ України. АМНУ 1998.– 22 с.
2. Bohannon R., Smith V. intercenter reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity // Phys. Ther. – 1987. -№67 - P.206 - 207.
3. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation.-Oxford University Press.- 1992.
4. Taricco M., Apolone G., Colombo C. et. al. Functional status in patient with spinal cord injury: a new standardized measurement scale / Arch. Phys. Med. Rehab. – 2000. – Vol.81. – P. 1173 – 1180.
5. Granger C., Kelly-Hayes., Johnston M. et. al. Quality and measures for medical rehabilitation / In: R. Braddom (ed). Physical Medicine and Rehabilitation. – W.B. Saunders Company. 1996. – P. 239 – 253.