

МБУ ДО «ДТДМ»

Особенности организации и проведения физической реабилитации

Авторы: Кассин Иван, Никитин Данила, Атрошенко
Алена

Руководитель: п. д. о. Кассин А. В.

Смоленск
2016 г.

Цель исследования и практическая значимость

Цель исследования – изучить возможности использования различных средств и методов физической реабилитации в комплексном восстановлении двигательных функций у пациентов со спастическими параличами различного генеза.

Практическая значимость - исследования заключается в возможности использования материалов исследования и практических рекомендации при подготовке специалистов-реабилитологов, работающих с неврологическими больными, имеющими нарушения двигательной функции в.

Объект, предмет и гипотеза исследования

Объект исследования – процесс физической реабилитации неврологических больных, страдающих параличами.

Предмет исследования – средства и методические приемы физической реабилитации при центральных (спастических) параличах.

Гипотеза исследования - предполагалось, что обобщение передового научного опыта в сфере лечебно-восстановительной работы с лицами, страдающими неврологической патологией, сопровождающейся спастическими параличами позволит расширить систему представлений о комплексном использовании различных средств физической реабилитации в восстановлении двигательных функций.

Задачи исследования

1. Изучить причины и основные проявления двигательных нарушений при спастических параличах.
2. Сформулировать основные принципы физической реабилитации и дать характеристику реабилитационных средств при спастических параличах.
3. Изучить методы физической реабилитации, используемые в различные периоды восстановительного лечения больных с двигательными нарушениями при спастических параличах.

Основные характерные проявления центрального паралича

- ◆ Спастическое повышение мышечного тонуса (гипертония);
- ◆ снижение мышечной силы в сочетании с утратой способности к тонким движениям;
- ◆ повышение глубоких (проприоцептивных) рефлексов;
- ◆ снижение или выпадение экстерорецептивных рефлексов (брюшных, кремастерного, подошвенного);
- ◆ появление патологических рефлексов (Бабинского, Оппенгейма, Гордона и др.);
- ◆ отсутствие дегенеративной мышечной атрофии.

Шкала Эшуорта для оценки спастичности

Баллы	Характеристика
0	Нет повышения мышечного тонуса
1	Легкое повышение мышечного тонуса, проявляющееся в начальном напряжении и быстром последующем облегчении
+1	Легкое повышение мышечного тонуса, проявляющееся напряжением мышцы менее чем в половине всего объема пассивных движений
2	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема пассивных движений, однако при этом пассивные движения легко осуществляются
3	Значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднительны
4	Паретичную часть конечности нельзя полностью согнуть или разогнуть (сгибательная или разгибательная контрактура)

Основные задачи лечения спастичности

улучшение функциональных возможностей паретичных конечностей

облегчение физиотерапевтических занятий

лечение боли

облегчение ухода за больным

устранение косметического дефекта

Основные направления в лечении спастичности

- кинезитерапия – пассивные и активные движения в паретичных конечностях,
- тренировка ходьбы и других двигательных актов

- физиотерапия
- массаж

- хирургическое лечение
- локальные инъекции фенола или ботулинического токсина

Типичные ошибки при лечении спастичности

1. Излишне ранняя и интенсивная лечебная гимнастика
2. Недостаточный контроль за толерантностью к физической нагрузке
3. “Ритуальные” процедуры
4. Лечение положением, по традиционным схемам, проводится 1 – 2 раза в день, продолжительностью до 1,5 – 2 часов.
5. Пассивная разработка
6. Идеомоторная гимнастика
7. Активные движения
8. Массаж
9. Механотерапия
10. Комплексный подход
11. Психическое и психологическое состояние пациента

Задачи кинезитерапии при лечении неврологических больных

- 1. Общетонизирующее воздействие на организм, тренировка сердечно-сосудистой системы.**
Назначаются дыхательные упражнения, неспецифическая общеукрепляющая гимнастика для крупных мышечных групп, тренировка ортостатической функции;
- 2. Воздействие на двигательный дефект.**
Проводится с учетом характера основного заболевания, типа двигательных нарушений (спастический или вялый парез либо паралич, атаксия, гиперкинезы и т. д.), наличия или отсутствия вторичных изменений или осложнений (контрактуры, пролежни, синкинезии), сопутствующей патологии.

Ортезирование и физиотерапевтические процедуры

Длительная укладка конечности в таком положении, когда спастичные мышцы растянуты, уменьшает тоническую (динамическую и статическую) рефлекторную активность и способствует снижению мышечного гипертонуса

Физиотерапевтические процедуры:

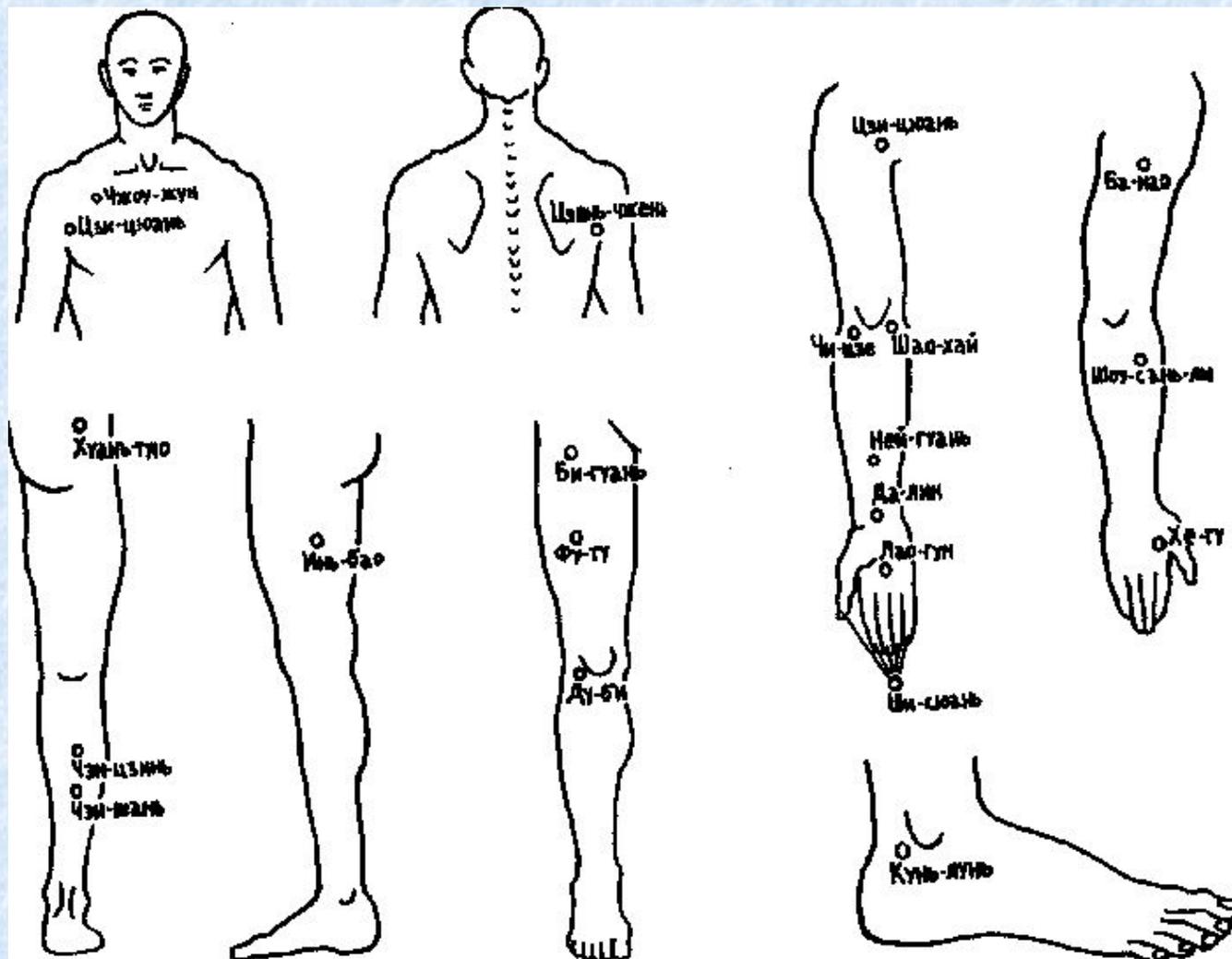
- местное применение холода,
- местное применение тепла,
- электростимуляция периферических нервов

Цель и особенности проведения массажа

Массаж при спастических парезах и параличах различной этиологии (мозговой инсульт, сдавление спинного мозга на почве травмы, церебральный паралич, возникший при патологических родах, болезнь Литтля и др.) имеет целью понижение рефлекторной возбудимости мышц, находящихся в спастическом состоянии, укрепление паретических мышц, улучшение в них кровообращения и обменных процессов, восстановление нарушенных двигательных функций, повышение общего психофизического тонуса.

Массаж при спастических параличах не должен быть продолжительным ввиду повышенной утомляемости этих больных. Длительность его, в зависимости от реактивности больного, не должна превышать 5 - 10 минут в первые массажные процедуры и 15-20 минут в последующие

Схема расположения точек при точечном массаже



Основные операции при трудотерапии

1. Операции, направленные преимущественно на увеличение объема движений в суставах пальцев, лучезапястном, локтевом, и плечевом суставах. К ним относятся: ковроткачество, работа с ножовкой, лобзиком, напильником, молотком, вязание, макраме и т.д.
2. Операции, направленные на тренировку координации (требующие тонких дифференцированных движений) и захватов кисти (копчиковой, боковой, силовой, шаровой, кулачной). Это нанесение рисунка при ковроткачестве, плоскостной лепке, столярные работы, макраме, вязание.
3. Операции позволяющие тренировать мышечную силу (все виды используемой трудотерапии).

4 группы формулировок.

1. Я группа: общее расслабление - «Я спокоен». «Я совершенно спокоен». «Все мои мышцы приятно расслаблены». «Мое тело, руки, ноги, приятно отдыхают».
2. Я группа: расслабление здоровых конечностей- «Я чувствую приятную тяжесть в здоровой руке». «Моя здоровая рука стала тяжелой». «Теплая кровь согревает мою здоровую руку». «Я чувствую приятную тяжесть в здоровой ноге». «Здоровая нога стала тяжелой». «Здоровая нога стала теплой».
3. Я группа: расслабление больных конечностей - использование аналогичных формулировок для паретичных конечностей.
4. Я группа: идеомоторные движения- «Я разгибаю больную руку в локтевом суставе». «Ощущение стягивания руки исчезло, я могу свободно разогнуть пальцы». «Я выпрямляю пальцы». «Я чувствую всю больную ногу свободной. Ощущение стягивания исчезло». «Я могу согнуть больную ногу в колене». «Я могу разогнуть стопу» (инструктор уточняет направление движения). «Я разгибаю стопу».

Классификация периодов заболеваний

инсульт:

- острый – до двух недель,
- ранний восстановительный – до двух месяцев,
- поздний восстановительный – от двух месяцев до года,
- резидуальный – один год и более.

травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ):

- острый период 5 – 7 дней,
- ранний от трех недель до месяца (формирование спастики);
- промежуточный до полугода (по некоторым авторам, до года);
- затем поздний.

Особенности применения кинезитерапии. Острый период

В остром периоде показаны следующие мероприятия:

- обработка кожных покровов тела пациента;
- смена положения тела каждые два часа;
 - при поворотах тела пациента необходимо учитывать тяжесть клинических нарушений, возможность развитие коллапса;
 - проводится массаж грудной клетки и дыхательная гимнастика;
 - предусмотрена кровать со щитом и опорой для стоп с целью профилактики сгибательных контрактур в тазобедренных и голеностопных суставах;
 - пассивные движения в паретичных конечностях осуществляются только в физиологических пределах, длительные непрерывные занятия нерациональны;
 - полезны дважды в день пружинистые сгибания в голеностопном суставе (профилактика тромбоза глубоких вен).

Особенности применения кинезитерапии. Ранний период

В раннем периоде заболевания важную роль играют дифференцированные лечебно-активизирующие режимы .

Пациент переводится в вертикальное положение (по возможности – занятия на ортостоле), расширяется объем активных занятий, проводится восстановление двигательных навыков.

Показано лечение положением. При вертикальном положении больного парализованная рука на косыночной повязке (чтобы не растягивать дельтовидную мышцу и капсулу плечевого сустава), тугор либо ортопедическая обувь на голеностопный сустав –предупредить отвисание стопы.

Необходим не только гидродинамический, но и структурирующий массаж (триггерные узлы, укороченные межреберные мышцы).

Особенности применения кинезитерапии. Промежуточный и поздний периоды

При наличии твердого отека и триггерных узлов, провоцирующих спастичу, показан структурирующий массаж, в ином случае – успокаивающий.

Применение постизометрическая релаксация (ПИР) укороченных мышц

Сочетание ЛФК с тепловыми процедурами и медикаментозным лечением (препараты, снижающие спастичу и улучшающие кровообращение).

При необходимости назначение препаратов, снижающие тонус мышц паретичных конечностей (баклофен, сирдалуд, мелликтин, мидокалм).

При наличии неустраняемых деформаций конечностей решается вопрос об ортопедической коррекции тех или иных деформаций, либо оперативном лечении.

Выводы по работе

1. **Основными характерными проявлениями центрального паралича (пареза) являются:** спастическое повышение мышечного тонуса; снижение мышечной силы в сочетании с утратой способности к тонким движениям; повышение глубоких (проприоцептивных) рефлексов; снижение или выпадение экстерорецептивных рефлексов (брюшных, кремастерного, подошвенного); появление патологических рефлексов (Бабинского, Оппенгейма, Гордона и др.); отсутствие дегенеративной мышечной атрофии. Характерна гемиплегическая поза - приведение плеча, сгибание в локтевом и лучезапястном суставе, приведение бедра, разгибание колена и подошвенное сгибание в голеностопном суставе.

2. **Основными показаниями к реабилитации**

больных со спастическим параличом являются:

- значительное снижение функциональных способностей,
- снижение способности к обучению движения,
- особая подверженность воздействиям внешней среды,
- нарушение социальных отношений,
- нарушение трудовых отношений.

При выявлении показаний к реабилитации восстановительное лечение должно начинаться раньше и продолжаться непрерывно до достижения тех результатов, которые в рамках существующего заболевания отличаются максимально возможными.

3. При проведении реабилитационного процесса, должны соблюдаться следующие принципы:

- принцип непрерывности проведения восстановительного лечения, начиная с этапа возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество;

- принцип комплексности нейрореабилитации предполагает учет всех ее аспектов: медицинского, социального, профессионального.

Основными реабилитационными средствами при спастических параличах являются кинезотерапия, ортезирование, массаж, физиотерапия, трудовая терапия, аутогенная тренировка.



Выводы по работе

4. **Объем мероприятий по двигательной реабилитации** должен быть согласован с лечащим врачом и определяется периодом заболевания.

В остром периоде реабилитация направлена на профилактику трофических расстройств, дыхательных нарушений и нарушений функции тазовых органов.

В раннем периоде заболевания важную роль играют дифференцированные лечебно-активизирующие режимы, показано лечение положением, пассивные упражнения, активные движения осуществляют в облегченном положении.

В промежуточном происходит закрепление полученных навыков.

В позднем периоде - ликвидация контрактуры суставов с применением постизометрической релаксации укороченных мышц, сочетание ЛФК с тепловыми процедурами и медикаментозным лечением).

Практические рекомендации

1. Прежде чем назначать лечение, необходимо решить, насколько необходимо и целесообразно снижать мышечный тонус конечности

Добиваться снижения мышечного тонуса необходимо в первую очередь в тех случаях, когда спастичность существенно снижает уровень жизнедеятельности больного либо сопровождается болевым синдромом. При этом надо помнить о том, что в ряде случаев повышение тонуса мышц-разгибателей ног служит фактором, облегчающим стояние и ходьбу.

2. Основным требованием, предъявляемым к лечебным воздействиям, является их безболезненность, поскольку боль усиливает спастичность мышц. Важно также тщательно контролировать функцию тазовых органов (предупреждение инфекции мочеполовых путей), своевременно выполнять мероприятия по профилактике контрактур и пролежней.



Практические рекомендации

3. Необходимо помнить о следующих особенностях лечебной гимнастики при спастических параличах:

1) прекращение занятий при начинающемся повышении мышечного тонуса выше исходного;

2) во избежании синкинезий сочетанные движения в двух и более суставах применяются только после достижения четких движений в отдельно взятых суставах (вначале в одном направлении и одной плоскости, затем - в различных плоскостях и направлениях);

3) соблюдение правила "частичных" объемов - усиление мышцы вначале проводится в диапазоне малых амплитуд, и лишь по мере укрепления мышцы этот объем увеличивается вплоть до полного, физиологического;

4) необходимость достаточно раннего перехода от "абстрактных" гимнастических упражнений к тренировке простейших бытовых навыков;

5) строгое соблюдение равномерного дыхания, недопустимость задержек дыхания на вдохе, натуживаний, одышки.

Увеличить эффект кинезотерапии позволяет также обучение больного приемам аутогенной тренировки и включение ее элементов в урок лечебной гимнастики.

Практические рекомендации

4. Выбор методов реабилитационного воздействия определяется строго индивидуально в зависимости от локализации и степени спастического паралича, а также с учетом финансовых и технических возможностей реабилитационного учреждения.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ