Вищій навчальний заклад

«Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Горлівськй регіональний інститут

РЕФЕРАТ

з дисципліни: «Фізична реабілітація»

за темою: «Медична реабілітація хворих після травм спинного мозку»

Розробила:

студентка VI курсу групи ФР-04

ГРІ ВНЗ ВМУРоЛ «Україна»

Завражна Ірина

Горлівка 2013р

План

1. Медична реабілітація хворих після травм спинного мозку

2. Засобі реабілітації

3. Післялікарняний період реабілітації

Література

1. Медична реабілітація хворих після травм спинного мозку

За даними ООН всього на Землі протягом року реєструють близько 6-8 мільйонів травм з ураженням нервової системи, які у 12-15 % випадків призводять до смерті. Розрізняють такі основні форми травматичних уражень спинного мозку: струс, забій, крововилив, стиснення. Спинний мозок страждає переважно у разі переломів хребців (компресійних, осколкових),

що призводять до його стиснення, внаслідок чого нижче місця ушкодження виникають рухові, чутливі, трофічні, тазові розлади. Тяжкість і стійкість їх залежить від рівня травми, ступеня порушення цілісності і поширення патологічного процесу у поперечнику та по довжині спинного мозку. Найчастіше ушкодження локалізуються на рівні С1-С6 і Т^-І^ хребців. Чим вищий рівень пошкодження хребта, тим частіше пошкоджується спинний мозок.

Мета реабілітації - досягнення максимально можливої медичної, психологічної, професійної і соціальної реабілітації.

Завдання реабілітації - створення максимально сприятливих умов для перебігу реституційно-регенеративних процесів у спинному мозку; нормалізація порушеного обміну речовин; попередження і лікування пролежнів і деформацій кістково-суглобового апарату; встановлення контрольованих актів сечовипускання, дефекації; відновлення статевої здатності; профілактика і лікування ускладнень з боку сечовидільної, дихальної, серцево-судинної систем; попередження і лікування атрофії м'язів; вироблення здатності самостійно переміщуватися, користуватися протезами; набуття навичок самообслуговування; професійне перенавчання; раціональне працевлаштування.

Прогноз залежить від форми і травми спінальної травми. Він звичайно сприятливий у разі струсів спинного мозку, незначних крововиливів. У хворих, які перенесли забій спинного мозку, значний епідураль-ний чи паренхіматозний крововилив, особливо на тлі переломів і вивихів, ушкоджень міжхребцевих дисків, розриву зв'язок тощо, наслідок менш сприятливий, смертність досягає 25 % (її причини: уросепсис, дихальні розлади, пневмонії). Повне відновлення спінальних функцій у віддалений період відбувається не завжди. Воно залежить від ступеня пошкодження спинного мозку і переважання незворотних чи зворотних змін спинного мозку і кінського хвоста. В.М. Угрюмов (1961) наслідки ТРАВМ СПИННОГО МОЗКУ поділяє на 3 групи: до першої віднесені хворі, яким операція забезпечила декомпресію спинного мозку і тим самим були створені умови для відновлення функцій; до другої - хворі, у яких після операції рухова функція відновилась частково і залишились парези та паралічі; до третьої - хворі з тяжкими ушкодженнями спинного мозку, в тому числі, з повним перериванням його. У такому випадку розлади функції спинного мозку незворотні, відновлення втрачених функцій нижче місця травми не відбувається.

. Засоби реабілітації

Комплесна відновна терапія травм спинного мозку забезпечується поєднанням різних засобів консервативного і оперативного лікування та диференціюється залежно від механізму травми, характеру пошкодження, рівня пошкодження, тяжкості і періоду захворювання спинного мозку, а також ступеня компенсації порушених функцій організму. Використовують медикаментозну терапію, лікування положенням, дієто-і психотерапію, ортопедичні засоби, засоби фізичної реабілітації.

Починається вона з правильного транспортування хворого: на щиті, у суворо горизонтальному положенні з фіксацією, що виключає будь-які зміщення хребтового стовпа. У разі травми шийного відділу хребта - в положенні на спині, грудного і поперекового - на животі (якщо хворий втратив свідомість - на спині).

Хворим з травмами хребта і спинного мозку найбільш доцільно проводити реабілітацію в умовах спеціалізованого лікувального закладу -спінального реабілітаційного центру для хворих з пошкодженнями спинного мозку, де може проводитися комплексне лікування за участю всіх необхідних спеціалістів (невропатолог, нейрохірург, ортопед, уролог, фізіотерапевт, лікар з лікувальної фізкультури тощо).

Лікування ускладнень. Зразу ж необхідно проводити заходи, спрямовані на профілактику трофічних розладів, бо нижче від рівня ушкодження спинного мозку значно порушується трофіка тканин і внутрішніх органів. Виникають пролежні і мацерації. Травми шийного і верхньогрудного відділів спинного мозку часто супроводжуються гострими трофічними розладами в легенях. У разі травм нижньогрудного і поперекового відділів спинного мозку виникають нейротрофічні порушення в органах черевної порожнини. Травми спинного мозку завжди призводять до розладу функції органів таза: порушується сечовиділення, дефекація, статева функція.

Лікування пролежнів. Пролежні, які виникають у 20-53 % хворих, є вхідними воротами інфекції, стають джерелом септичних ускладнень і у 20-30 % - летальних випадків.

Медикаментозні засоби: ефективним є застосування стимуляторів відновних процесів (метилурацил, вітаміни, підшкірна оксигенація), накладають пов'язки з антисептиками і антибіотиками, гіпертонічним розчином, мазеві пов'язки.

Фізіотерапевтичні засоби. В стадії первинної реакції - ультрафіолетове опромінення, в некротичній і некротично-запальній стадії - ультрафіолетове опромінювання, (після некректомії) - локальне використання протеолітичних ферментів, найефективніше - введення їх за допомогою гальванічного струму. В запально-регенеративній стадії - УВЧ, ультразвук, ультрафіолетове опромінювання тощо. При глибоких пролежнях -франклінізація з соком каланхое. В регенеративній стадії - електрофорез алое, склоподібного тіла. При процесах, які в'яло перебігають - дарсанвалізація і електромагнітне поле НВЧі При пролежнях рубця, запальних інфільтратах, які тривалий час не розсмоктуються і глибоких колагенових рубцях показане застосування ферментотерапії - ронідаза чи лідаза-електрофорез.

У випадку тривалого незагоювання пролежня застосовують оперативне лікування (некректомія, вільна шкірна автопластика, місцевопластичні операції).

Лікування порушення функції сечового міхура. При гіпотонічному синдромі - періодична катетеризація з метою виведення сечі і промивання сечового міхура; зовнішня або трансректальна стимуляція діадинаміч-ними або синусоїдальними модульованими струмами за збуджуючою методикою; електрофорез прозерину або пілокарпіну; голкорефлексотерапія (збуджуючий метод), грязеві аплікації відповідного вогнища ураження спинного мозку; лікувальна гімнастика для м'язів таза; функціональне моделювання акту сечовипускання: електростимуляція сечового міхура, коли внутрішньоміхуровий тиск досягає заданої величини, радіочастотна стимуляція сечового міхура.

При синдромі гіпертонії детрузора і сфінктера: діадинамічні чи синусоїдальні модульовані струми за гальмівною методикою; парафінові і грязеві аплікації чи гальваногрязь на сечовий міхур; електрофорез лідази; голкорефлексотерапія (гальмівний метод); сегментарний масаж; кінезогід-ротерапія в басейні; пресакральні і ендосакральні новокаїнові блокади.

При міхурових порушеннях водночас із катетеризацією рекомендується тренувати сечовий міхур, витискуючи сечу через рівні проміжки часу. Якщо тазові порушення носять затяжний характер, то рекомендується накладати надлобкову сечо-міхурову норицю. У разі симптомів циститу призначають регулярні промивання антисептичними (борна кислота, срібла нітрат, фурадонін, сульфаніламіди, антибіотики) засобами.

Лікування порушення функції кишечника. При парезі кишок показані послаблювальні засоби, сифонні клізми, холіноміметичні препарати (прозерин, галантамін), електрофорез прозерину на ділянку кишечника: електроімпульсну стимуляцію ректальним електродом; зовнішню електростимуляцію кишечника синусоїдальними модульованими струмами; голкорефлексотерапію за збуджуючою методикою; сегментарний масаж; грязеві ректальні тампони; комплекс вправ лікувальної гімнастики для м'язів живота і тазового дна.

При спастичних запорах показано: електрофорез атропіну на ділянку кишечника; зовнішня електростимуляція кишечника синусоїдальними модульованими струмами; електроімпульсна стимуляція ректальними електродами; масаж живота і сегментарний масаж; грязеві ректальні тампони; голкотерапія за гальмівним методом.

При нетриманні калу лікування включає комбінацію різних лікувальних засобів: ін'єкцій прозерину, стрихніну, вітаміну Вг, АТФ; голкорефлексотерапія за збудливим методом; ендосакральне введення суміші прозерину і стрихніну; електроімпульсну стимуляцію ректальним електродом; електрофорезу прозерину; грязеві аплікації на ділянку крижів; сегментарний масаж; комплекс вправ лікувальної гімнастики для зміцнення м'язів тазового дна.

Профілактика пневмонії полягає у проведенні антибіотикотерапії, ЛФК (дихальної гімнастики, загальнозміцнювальних вправ, регулярних змін положення тіла), масажу, фізіотерапевтичних процедур (медикаментозний електрофорез, інгаляції тощо)

Лікувальне харчування

Для корекції водно-електролітного і вітамінного балансу необхідний контрольований питний режим і багата на електроліти, мікроелементи і вітаміни їжа. їжа повинна легко засвоюватися, мати високу енергетичну цінність, містити велику кількість вуглеводів. Щоб поліпшити травлення, призначають хлористоводневу (соляну) кислоту, шлунковий сік. Для стимулювання перистальтики кишок найефективнішим є внутрішньовенне введення гіпертонічного розчину натрію хлориду, ін'єкції прозерину, фізо-стигміну, високі клізми з олією терапевтичною очищеною (скипидаром очищеним), гліцерином. При потребі переливають кров, плазму, альбумін, білкові гідролізати, амінокислоти

Лікувальна фізична культура

Призначають на 2-3 день після травми або операції. Засоби ЛФК -фізичні вправи та лікування положенням. Фізичні вправи застосовують у вигляді лікувальної гімнастики, ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять. Заняття проводить реабілітолог 2-3 рази на день. Починають з дихальних вправ (спочатку статичних, пізніше - динамічних). При травмах шийного відділу хребта - на початку лікування останні не показані. Через кожну 1-1,5 години хворий самостійно чи під контролем виконує дихальні вправи з використанням черевного типу дихання. Призначають вправи для напруження сідниць з одночасним втягуванням м'язів промежини і заднього проходу. Проводять пасивні вправи для уражених кінцівок, активні та активно-пасивні - для здорових. Рухи виконуються повільно, кожну вправу повторюють спочатку 2-3, пізніше - 6-8 разів. Хворий повинен докладати зусилля до виконання вправ на уражених кінцівках (намагатись зосередитись на виконуваному русі, контролювати рухи зором, подавати словесний наказ до дії, посилати імпульси до руху, намагатись виконати ізометричне напруження уражених м'язів). При появі активного імпульсу до рухів всю увагу спрямовують на підтримку, закріплення і подальший його розвиток.

До ліжка таких хворих повинні бути прикріплені балканські рами (у вигляді паралельних брусів) з навішеними на них різними блочними системами для виконання за їх допомогою пасивних рухів ураженими кінцівками.

В подальшому комплекс загальнорозвиваючих вправ розширюють, звертають увагу на зміцнення ЗДОРОВИХ М'ЯЗІВ (особливо - На компенсаторний розвиток верхніх кінцівок і плечового пояса), розвиток рівноваги, координації рухів. Вибір спеціальних вправ залежить від форми порушення рухових функцій: при спастичних паралічах і парезах вправи спрямовані на розслаблення та розтягнення м'язів, при в'ялих - на зміцнення м'язів і удосконалення управління ними (рис. 11).

Через місяць (при ураженні спинного мозку на рівні грудного і поперекового відділів хребта та відсутності протипоказань) хворого повертають на бік, потім він повертається самостійно. Звертають увагу на зміцнення м'язів тулуба, здорових кінцівок, виконують вправи на ксюрдинацію, на увагу. До кінця другого місяця (при відсутності протипоказань) хворому дозволяють самостійно пересуватись у межах ліжка, спираючись на руки, а потім - переходити в упор, стоячи на колінах і поступово приступити до переміщення по ліжку в цьому положенні за рахунок м'язів тулуба.



Масаж

Масаж призначають після зняття гострих проявів спінального шоку -через 3-4 дні після травми чи операції для попередження пролежнів, пневмонії, дисфункції кишечника. Використовують ніжне погладжування і розтирання з камфорним спиртом шкіри ділянок сідниць, крижів, лопаток, ліктів, п'яток. Пізніше призначають масаж грудної клітки для профілактики гіпостатичної пневмонії. При стабілізації стану хворого - залежно від особливостей рухових і вісцеротрофічних розладів - диференційовано використовуються різні види масажу: класичного, сегментарного, точкового, їх поєднання, вібро-, гідро-, самомасаж. При спастичних паралічах: для зняття високого тонусу м'язів використовують ніжні прийоми погладжування, розтирання, розминання, безперервної вібрації; а для підвищення тонусу розтягнутих м'язів-антагоністів - ці ж прийоми виконуються дещо інтенсивніше, включають посмикування, ніжне пунктування, поколочування.

Рефлекторно-сегментарний масаж передбачає масаж паравертебраль-них і рефлексогенних зон іннервації спинномозкових сегментів ураженого відділу хребта. Використовують ніжні прийоми погладжування, розтирання, розминання, вібрації поза вогнищем ураження. Методика місцевого масажу при цьому залежить від завдань. При спастичному кишечному синдромі використовують площинне погладжування живота за годинниковою стрілкою, ніжне розтирання, пересікання передньої черевної стінки, ніжне розтирання кишечника пальцями за годинниковою стрілкою. При атонії кишок вказані прийоми проводять дещо інтенсивніше, Крім цього, використовують розминання м'язів передньої черевної стінки, ніжні по-стукування по ній, стрясання живота і таза. При порушеннях функції сечового міхура місцевий масаж проводиться як і при дисфункції кишечника.

Фізіотерапевтичне лікування

Призначають з перших днів після травми: аерозольтерапію з антибіотиками, бронхолітичними засобами, фітонцидами, медикаментозний електрофорез, УВЧ, кварц, діадинамотермію, УФО. Для зменшення больового синдрому поруч з медикаментозними засобами застосовують наступні фізіотерапевтичні засоби: діадинамічні струми, синусоїдальні модульовані струми, електрофорез, діадинамоелектрофорез аналгезуючих засобів, електросон, електричне поле УВЧ, ультрафонофорез аналгетиків, преднізолону, трилону В, папаїну, черезшкірну електронейростимуляцію, голкорефлексотерапію за гальмівним методом.

Пізніше використовують магнітотерапію, дарсонвалізацію електростимуляцію паретичних та ослаблених м'язів, біоелектростимуляцію, електростимуляцію сечового міхура і кишок, ультразвук, індуктотермію. В подальшому приєднують парафін, грязеві аплікації, електрофорез кальцію йодиду, лідази, трипсину, постійні електромагнітні поля, фонофорез гідрокортизону, гіпербаричну оксигенацію тощо. Ефективною є гальванізація

вздовж хребтового стовпа, юнофорез препаратів йоду, прозерину, у разі болю - новокаїну. Фізіотерапевтичне лікування пролежнів, порушень функції сечового міхура і кишечника описані вище.

Психотерапія

Завдання психічної реабілітації: корекція уявлень хворого про внутрішню картину захворювання, її прогнозу, працездатності і положення в соціальній сфері, а також переживань, що виникли у зв'язку з цим; корекція деонтологічної ситуації, корекція мотивацій до здоров'я, реабілітації, трудової діяльності, соціальної активності; корекція системи відношень особистості (медперсонал, сім'я, колектив, друзі, адміністрація, суспільні організації); психологічна активація і нормалізація поведінки пацієнта відповідно до адекватної реабілітаційної перспективи міжособистісних стосунків. Правильно проведена психологічна реабілітація має надзичай-но велике значення, бо хворий може багато досягнути завдяки мотиваційній діяльності, силі волі, психологічним формам компенсації. Навпаки, нерідко помилкове уявлення про хворобу, неадекватна і патологічна реакція на неї, можуть стати причиною неефективності лікувальних і реабілітаційних заходів.

. Післялікарняний період реабілітації

Післялікарняний період реабілітації проводиться у реабілітаційному центрі, спеціалізованому санаторії, поліклініці.

Медична реабілітація

Засоби реабілітації

Застосовують симптоматичну медикаментозну терапію, ретельний догляд за хворим, дієтотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапію, механотерапію, працетерапію, проводять психічну та соціально-трудову реабілітацію.

У відділення реабілітації хворих переводять через 3-4 місяці після травми. Перший підготовчий період медичної реабілітації триває 3-6 місяців і вважається закінченим, коли хворий з травмою спинного мозку самостійно обслуговує себе в ліжку. Надалі хворого навчають ходити в лікувальних гіпсожелетних туторах, а через 2-3 місяці - користуватися фіксуючими гігієногільзовими апаратами.

Підготовка хворого до переходу у вертикальне положення, вставання, користування протезами. Для попередження ортостатичної реакції з перших днів занять ЛФК (за винятком травм шийного та верхньогрудного відділів хребта) хворому призначають вправи для шийного відділу хребта, повороти тулуба, піднімають головний кінець ліжка, поступово збільшуючи його висоту і час перебування пацієнта в цьому положенні. Готувати ноги до вставання починають з перших днів призначення ЛФК. Виконують активні, пасивні, активно-пасивні вправи та масаж нижніх кінцівок, під ноги підкладають дощечку для упору. Для зміцнення м'язів поясу верхніх кінцівок призначають загальнорозвиваючі вправи зі спортивними снарядами та без них (рис. 12).



Починаючи з 2-4 місяця призначають тренування на поворотному столі

Гракха та на ортостенді. При цьому зафіксованого до стола хворого, поступово змінюючи кут нахилу стола, доводять до вертикального положення. В цей час йому рекомендують намагатися опиратися на ноги, переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу (рис. 13, 14).

 Ортопедична аппаратура. Наступний етап реабілітації - навчити користуватися ортопедичною апаратурою хворих, які самостійно не можуть ходити: ортопедичним взуттям, беззамковими фіксуючими апаратами, фіксуючими апаратами із замками на колінних, кульшових суглобах з корсетом і без нього тощо (рис. 15).

Хворого спочатку вчать стояти у фіксуючому апараті та корсеті, потім викидати ногу вперед, назад, вбік, далі - переміщуватись, спираючись на нерухому опору, а згодом - навчають ходьбі у манежі, спираючись на милиці-триніжки, милиці з підлокітниками, "ходилки", чотирьох-, трьохопорні ціпки тощо (рис. 16,17,18).



Апарати функціональної електростимуляції м'язів. Останнім часом широко використовуються апарати функціональної електростимуляції м'язів. Так Л.С. Алеєв (1980) запропонував метод багатоканального програмованого біоелектричного управління, при якому в певному ритмі викликаються комплексні рухи кінцівками з тією ж послідовністю скорочення і розслаблення різних груп м'язів, як і при правильному руховому акті. Розроблені відповідні апарати і для застосування при парезах верхніх кінцівок.



Лікувальна фізична культура. Лікувальна фізкультура - найбільш фізіологічний і адекватний метод відновлення рухової активності. її необхідно застосовувати протягом всього подальшого життя хворого. Основні принципи застосування ЛФК наступні:

І.Чітка диференціація завдань, які залежать від стану хворого: відновлення м'язової сили та координації рухів; попередження і ліквідація кон-трактур; розвиток здатності до маніпулятивних дій, вироблення навичок побутового обслуговування, нормалізація порушеного обміну речовин; нормалізація власного дихання; встановлення контрольованих актів дефекації і сечовипускання; вироблення нових професійних навичок.

. Інтегративне використання різних методів в комплексі ЛФК -комплексної і аналітичної гімнастики, прийомів обтяження тощо.



. Залежність гімнастичних вправ від клінічних синдромів, рухових розладів, типу порушення м'язового тонусу, наявності контрактур, стану координації і статодинамічної характеристики опорної функції. Доцільне використання активних, пасивних і активно-пасивних вправ з допомогою методиста і рук хворого, гумової тяги, блоків, підвісної площини і оптимальних вихідних положень як при ізотонічному, так і при ізометричному режимах. Поруч з використанням вправ різного характеру (корегуючих, на розвиток м'язової сили, на координацію, в рівновазі тощо) велика увага повинна бути приділена вправам на розвиток здатності до маніпуляційних дій. Особливо важливими є комплексні вправи на віднов лення функції кисті (при її п ^ушенні): маніпуляції з предметами, захват, утримання, швидкість, чіткість рухів тощо.

Вправи спортивно-прикладного типу повинні включати комплексну систему розвитку і навчання ходьбі як методу самостійного переміщення. Найбільш ефективне послідовне і, певною мірою, паралельне використання наступних вправ: заняття на спеціальному ліжку зі змінним кутом розміщення ложа; вправи на гімнастичних матах, застосування укорочених милиць, використання підвісних площин і еластичних тяг, ходьба між паралельними брусами в гімнастичному залі, басейні, переміщення за рахунок різноманітних ручних манежів, стропил, які рухаються по монорельсі, з милицями, миличними палицями; ходьба по сходах вверх та вниз; ходьба з переступанням розміщених на підлозі предметів різної висоти, ходьба з ношею, ходьба в темноті (з закритими очима); падання і вставання. реабілітація терапія травма лікувальна

Диференційоване використання протезно-ортопедичних апаратів: ортопедичного взуття, фіксуючих апаратів для забезпечення можливості самостійного переміщення.

Для вироблення навичок побутового самообслуговування повинна бути використана система вправ з навчання самостійних поворотів в ліжку, переходу в сидяче і вертикальне положення, переміщенню з ліжка на крісло-каталку і стілець, з крісла-каталки на стілець, унітаз, в автомобіль тощо.

Література

1. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе. - Л.: Медицина, 1986. - 222с.

. Вигоднер Е. Б. Физические фактори в гастрознтеро-логии. - М.: Медицина, 1987. - 246 с.

Готовцев П.И., Субботин А.Д., Селиванов В.П. Лечебная физкультура и массаж. - М.: Медицина, 1987. - 388 с.

Демиденко Т.Д., Гольдблат Ю.В. Руководство для среднего медицинского персонала неврологического отделения. - Л.: Медицина, 1984. - 169 с.

Епифанов В.А., Апанасенко Г.Л. Лечебная физкультура и врачебный контроль. - М.: Медицина, 1990. - 433 с.

Ибрагимова В.С. Беседы о точечном массаже. - М.: Молодая гвардия, 1988. - 234 с.

.Исаев Ю.А. Нетрадиционние методи лечения остеохондроза позвоночника. "С.К.Д.", К.: - 1996. - 277 с.

Інсшруктивно-методичні матеріали для сімейного лікаря / За ред. проф. В.М. Пономаренка. - К., 2001. - 209 с.

Клиническая физиотерапия / Под ред. И.Н. Сосина. - К.: Здоров'я, 1996. - 365 с.

. Клінічна фізіотерапія / За ред. В.В. Оржешковського. - К.: Здоров'я, 1984. - 335 с.. Клячкин Л.М., Виноградов М.Н. Физиотерапия. - М.: Медицина, 1988. - 402 с.

Курортология и физиотерапия / Под ред. В.М. Бо-голюбова. - М.: Медицина, 1985. - Т. 1, 2.

Мурза В.П. Фізичні вправи. - К.: Здоров'я, 1991. - 298 с.

Мухін В.М. Фізична реабілітація. - К.: Олімпійська література, 2000. - 288 с.