ТЕМА: ПЕРІОДИ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕВРОЛОГІЇ.

Періоди проведення фізичної реабілітації в неврологічних хворих

Складність морфологічної будови і функціональних взаємозв'язків нервової системи у випадках її пошкодження в результаті травм і захворювань визначає різноманіття клінічних проявів у всіх сферах життєдіяльності людського організму, і в першу чергу функції мозкових структур.

Розлади діяльності мозку при травмах і захворюваннях нервової системи виявляються пригніченням або повною втратою свідомості, порушенням регуляції збудливих і гальмівних процесів, розладом пам'яті, порушеннями психіки.

В основі найбільш часто зустрічаються пароксизмальних розладів свідомості або непритомності лежать механізми короткочасної гіпоксії головного мозку внаслідок порушень мозкового кровообігу різного генезу. Клінічно непритомність проявляється раптовою втратою свідомості і зниженням м'язового тонусу, в результаті чого людина слабшає і падає. Тривалість втрати свідомості при непритомності може становити кілька хвилин; потім відбувається повне відновлення функцій нервової системи, однак можуть відзначатися слабкість, нудота, запаморочення .Глибокий несвідомий стан, що супроводжується вимкненням функцій головного мозку, порушенням діяльності систем життєзабезпечення називається комою. Залежно від причин, що викликали пригнічення діяльності мозку, кома може наступити раптово (при черепно-мозковій травмі, інсульті) або їй передує оглушення. При поверненні свідомості у постраждалого відзначаються розлади пам'яті (амнезія), порушення психоемоційної сфери і вогнищева симптоматика у вигляді рухових, чутливих і координаційних розладів.

Рухові розлади займають провідне місце в клінічній картині захворювань і пошкоджень нервової системи і вельми різноманітні за своїми проявами. В основі рухових розладів лежать пошкодження рухових зон кори головного мозку або зв'язків цих зон з виконавчим органом (м'язом), здійснюваних провідними шляхами, сегментарним апаратом спинного мозку або периферичними нервами. Втрата можливості довільного м'язового скорочення називається паралічем або плегією.

Часткова втрата довільних рухів називається парезом. Параліч або парез однієї кінцівки називається моноплегію (монопарезом), обох кінцівок (рук або ніг) - параплегією (парапарезом); ураження верхньої та нижньої кінцівки на одній стороні тіла - геміплегією (геміпарезом), ураження всіх чотирьох кінцівок - тетраплегією (тетрапарезом).

За характером клінічних проявів і тих процесів, які (протікають в м'язових тканинах, паралічі і парези можуть значно відрізнятися, що визначається механізмами розвитку паралічу.

Виділяють центральні (спастичні) паралічі або парези, в основі яких лежить руйнування або пошкодження центрального рухового нейрона, що забезпечує свідоме управління м'язовим скороченням. Зберегли свою функціональність на сегментарному рівні спинного мозку, периферичні рухові нейрони позбавляються керуючих впливів кори головного мозку, але підтримують тонус і скоротливу здатність м'язів, що забезпечують певну функцію. Клінічно це буде проявлятися відсутністю або частковою втратою активних рухів, підвищенням м'язового тонусу (спастикою), високими сухожильними рефлексами, мимовільними м'язовими скороченнями і відсутністю виражених трофічних розладів. Аналогічна клінічна картина центрального або спастичного паралічу може розвиватися і у випадках пошкодження спинного мозку, його провідних структур, що забезпечують зв'язку з центральним руховим нейроном кори. У цих випадках нижче рівня ушкодження в м'язових групах не будуть викликатися активні, керовані скорочення, однак скорочувальна здатність м'язів, тонус і рефлекси зберігаються і підтримуються на високому рівні - за рахунок функціонування непошкоджених структур сегментарного апарату спинного мозку.

Руйнування або пошкодження периферичного рухового нейрона, викликане травмою або захворюванням спинного мозку, проявляється на рівні іннервації з цього сегменту у вигляді периферичного (млявого) паралічу. М'яз втрачає здатність до скорочення, її тонус знижується, рефлекси не викликаються.

Порушення сегментарного апарату спинного мозку призводить до вазомоторних і трофічних розладів і швидкому розвитку м'язових атрофій. Клінічна картина периферичного паралічу також може розвиватися при перетині корінців спинного мозку, утворюють нервові сплетення, або самих периферичних нервів, що забезпечують передачу м'язу рухових або чутливих імпульсів.

До руховим розладів відносяться також гіперкінези - змінені рухи, позбавлені фізіологічного значення, що виникають мимоволі. До них відносять судоми, атетоз, тремтіння.

Судоми можуть бути клонічними (швидко чергуються зі скороченням і розслабленням м'язів) і тонічними (тривалі скорочення м'язів).

Атетоз - це повільні червоподібні рухи пальців, кисті, тулуба.

Тремтіння - це мимовільні ритмічні коливання кінцівок або голови.

Поряд з руховими розладами, захворювання і пошкодження центральної та периферичної нервової системи супроводжуються розладами різних видів чутливості (больовий, температурної, тактильної, пропріоцептивної і т.д.), що виявляються в різному ступені: від повної втрати (анестезії) до часткового зниження (гіпостезії) або різкого підвищення (гіперстезії). При пошкодженні чутливих нервів травматичного або запального характеру розвиваються болі, що носять назву невралгії і які у зоні іннервації або розташування нерва. Розлади пропріоцептивної (м'язово-суглобової) чутливості ведуть до порушення координаторних взаємин, точності рухів і це називається атаксія.

При ураженнях мозочка, рефлекторно забезпечують функції підтримки рівноваги, м'язових взаємин (координації), тонусу і синергії, розвиваються мозочкові атаксії, які проявляються клінічно різко вираженими руховими розладами, порушенням ходи.

Рухові розлади при захворюваннях і пошкодженнях нервової системи можуть характеризуватися втратою здатності виробляти планомірні і доцільні дії при збереженні рухових можливостей для їх здійснення. Такі стани, при яких неможливо виконати добре знайому рухову дію, яка раніше виконувалася автоматично, називаються апраксією. Апраксії найчастіше виникають в результаті пошкоджень підкіркових структур головного мозку.

При деяких важких захворюваннях і пошкодженнях нервової системи виникають розлади мови (афазія), які

характеризуються здатністю перетворювати поняття в слова (моторна афазія), порушенням сприйняття мови, її сенсу (сенсорна афазія), втратою пам'яті (амнестична афазія). Мовні розлади в більшості своїй поєднуються з втратою здатності до читання (алексія), письма (аграфія), з порушенням сприйняття і пізнавання предметів та осіб (агнозія).

У реабілітації мають значення компенсаторнопристосувальні реакції організму, для яких характерні наступні загальні риси: нормальні фізіологічні функції органів і тканин; пристосування організму до навколишнього середовища, що забезпечується перебудовою життєдіяльності за рахунок посилення одних і одночасного ослаблення інших його функцій; вони розгортаються на єдиній, стереотипній матеріальній основі у вигляді безперервного варіювання інтенсивності оновлення і гіперплазії клітинного складу тканин і внутрішньоклітинних структур; компенсаторнопристосувальні реакції нерідко супроводжуються появою своєрідних тканинних (морфологічних) змін.

Розвиток відновлювальних процесів у нервовій тканині відбувається під впливом збережених функцій, тобто йде перебудова нервової тканини, змінюється кількість відростків нервових клітин, їх розгалужень на периферії; також йде перебудова синаптичних зв'язків і компенсація після загибелі частини нервових клітин.

Процес відновлення нервової системи відбувається в нервових клітинах, нервових волокнах і в структурних елементах тканин за рахунок (або завдяки) відновлення проникності і збудливості мембран, нормалізації внутрішньоклітинних окислювально-відновних процесів і активізації ферментних систем, що призводить до відновлення провідності по нервових волокнах і синапсах.

Реабілітаційний режим повинен бути адекватний тяжкості захворювання, яка оцінюється ступенем порушення пристосувальної активності. Враховується рівень ураження ЦНС і периферичної нервової системи. Важливі такі чинники, як можливість самостійно пересуватися, обслуговувати себе (виконувати роботи по дому, харчуватися самостійно і т.д.) і сім'ю, спілкуватися з оточуючими, оцінюється адекватність поведінки, здатність контролювати фізіологічні функції, а також ефективність навчання. Комплексна система реабілітації включає застосування ЛФК, гідрокінезотерапію, різні види масажу, трудотерапію, фізіотерапію, санаторно-курортне лікування та ін. У кожному окремому випадку визначається поєднання і послідовність застосування тих чи інших засобів реабілітації.

При важких захворюваннях (травмах) нервової системи реабілітація спрямована на покращення загального стану хворих, підняття емоційного тонусу і формування у них правильного ставлення до призначеного лікування та навколишньої обстановки: психотерапія, симптоматична лікарська терапія, трудотерапія, музикотерапія, масаж в поєднанні з лікувальною гімнастикою та ін.

ЛФК в неврології має ряд правил, дотримання яких робить цей метод найбільш ефективним: раннє застосування ЛФК; використання її засобів і прийомів для відновлення тимчасово порушених функцій або для максимальної компенсації втрачених; підбір спеціальних вправ у поєднанні з загальнорозвивальними, загальнозміцнюючими вправами і масажем; сувора індивідуальність ЛФК залежно від діагнозу, віку та статі хворого; активне і неухильне розширення рухового режиму від положення лежачи до переходу в положення сидячи, стоячи і т.д.

Спеціальні вправи умовно можна розділити на такі групи: вправи, що збільшують обсяг руху в суглобі і силу м'язів; вправи, спрямовані на відновлення та поліпшення координації рухів; антиспастичні і протирегідні вправи; ідеомоторні вправи (посил уявного імпульсу в тренуючу групу м'язів); група вправ, спрямованих на відновлення або формування рухових навичок (стояння, ходьба, маніпуляції з простими, але важливими побутовими об'єктами: одягом, посудом і т.д.); пасивні вправи і вправи на розтягування сполучнотканинних утворень, лікування положенням. Всі перераховані групи вправ поєднуються в різних комбінаціях і залежать від характеру і обсягу рухового дефекту, етапу реабілітації, віку та статі хворого.

Реабілітація неврологічних хворих вимагає тривалого тренування компенсаторних механізмів (ходьба на милицях, самообслуговування тощо), щоб забезпечити достатню компенсацію втрачених або порушених функцій. Однак на певному етапі (стадії) процес відновлення сповільнюється, тобто настає стабілізація. Успішність реабілітації різна при тій чи іншій патології. Так, при остеохондрозі хребта або попереково-крижовому радикуліті вона вища, ніж при розсіяному склерозі або судинних захворюваннях.

Реабілітація залежить і від самого хворого, від того, наскільки старанно він виконує призначену лікаремреабілітологом чи методистом ЛФК програму, допомагає коригувати її залежно від своїх функціональних можливостей і, нарешті, чи продовжує він відновлювальні вправи після завершення реабілітаційного періоду.