

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Перкова Виктория Евгеньевна

ГУ «РНПЦ МЭиР», Минск, Беларусь

Актуальность. Одной из основных причин стойкой утраты трудоспособности в мире являются острые нарушения мозгового кровообращения. Актуальность проблемы обусловлена тем, что в связи со всеобщей тенденцией к старению населения заболеваемость инсультом неуклонно возрастает. Последствия инсульта приводят к социально-бытовой дезадаптации, снижают качество жизни больных и членов их семей. Это определяет значимость проблемы нейрореабилитации больных с инсультом, принципами которой являются раннее начало, непрерывность, преемственность на всех этапах ее проведения, мультидисциплинарный организационный подход. Основным проявлением последствий нарушения мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне является атаксия. Нарушение процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе у пациентов, перенесших нарушение мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне приводят к нарушению координации движений, падениям, неустойчивости, затруднениям при передвижении. Необходимость разработки новых технологий восстановления движений с использованием современных методов лечебной гимнастики, обуславливают актуальность данной темы. Восстановление координации движений можно начинать в тот момент, когда у пациента почти отсутствуют мышечная гипертония и синкинезии и становится возможным выполнение активных, изолированных движений.

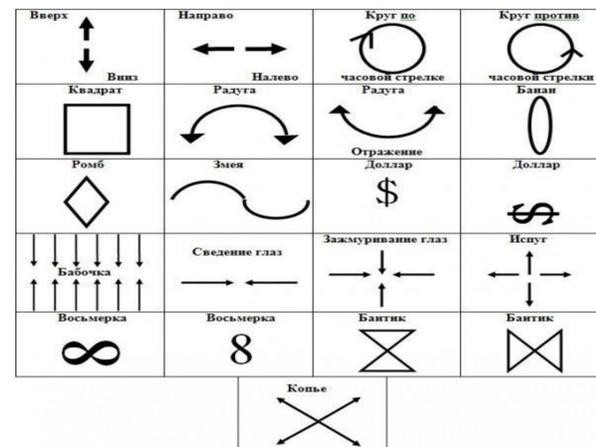
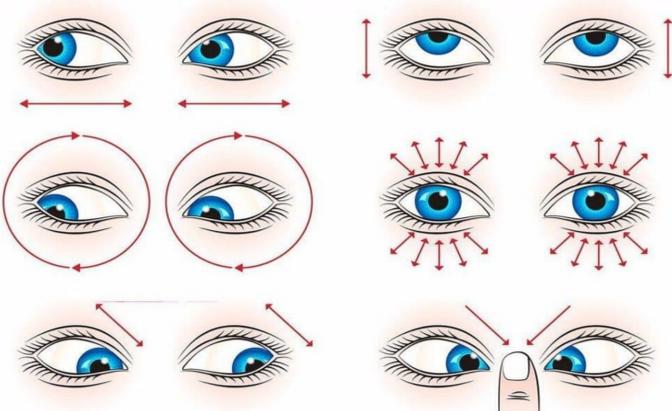


Рисунок 1- Глазодвигательная гимнастика.



Цель работы: разработка лечебной гимнастики для глазодвигательных мышц у пациентов с нарушением мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне.

Материалы и методы. Проведена клиническая, клиничко-функциональная оценка состояния пациентов (обследовано 22 человека) с атактическими нарушениями, обусловленными патологией кровообращения в вертебробазилярном бассейне. Большинство обследованных – мужчины - 14 чел. (63,6%, 95 ДИ: 43,0-80,3). Женщин в выборке было 8 чел. (36,4%, 95 ДИ: 19,7-57,0). Преобладала возрастная группа 51 – 60 лет (11 чел., 50,0%, 95 ДИ: 30,7-69,3). Легкие нарушения статики и координации выявлены у 12 чел. (54,6%, 95 ДИ: 34,7-73,1), умеренные – в 4 случаях (18,2%, 95 ДИ: 7,3-38,5), выраженные – в 2 случаях (9,1%, 95 ДИ: 2,5-27,8). Нарушения функции голоса и речи в виде дизартрических расстройств наблюдались у 4 чел. (18,2%, 95 ДИ: 7,3-38,5). Нарушения психических функций выявлены в 11 случаях представленной выборки (50,0%, 95 ДИ: 30,7-69,3). Статодинамические нарушения в виде центрального пареза различной степени тяжести диагностированы у 3 чел. (13,6%, 95 ДИ: 4,8-33,3). В процессе реабилитации пациентам выполнялось тестирование с использованием шкал и опросников, составлялся профиль МКФ для объективизации атаксии и отражения восстановительного процесса в динамике.

Результаты и обсуждение. Медицинская реабилитация пациентов с вестибулярными и глазодвигательными нарушениями. В процессе реабилитации пациентов с атаксиями особое место занимает проблема восстановления и совершенствования вестибулярных и окулomotorных (глазодвигательных) способностей пациентов, имеющих церебральные дефицитарные нарушения. Их особое положение в процессе реабилитации пациента обусловлено тем, что данные способности занимают пограничное положение между основными сторонами физического состояния: с одной стороны, данные способности могут быть отнесены к процессу восстановления базовых статодинамических физических качеств человека, прежде всего, через такие свои разновидности, как способность к базовому двигательному акту, двигательная ловкость, способность к проприорецепции и др., что имеет первостепенное значение в восстановлении повседневной бытовой активности. С другой стороны, вестибулярные, глазодвигательные реакции тесно вплетены в процесс управления сложными двигательными действиями, например, через такие разновидности, как дифференцированно-ориентационная и моторно-координационная способности, что выступает на первый план при подготовке реабилитанта к возвращению к профессиональной деятельности. Комплексная система реабилитационных тренировок пациентов с вестибулоокулomotorными нарушениями, в первую очередь базируется на физическую реабилитацию и предусматривает следующую схему-последовательность структуры занятий с пациентом: ходьба, двигательные упражнения руками, дыхательные упражнения, упражнения для плечевого пояса, упражнения для наружных мышц глаза, упражнения для мышц туловища и ног, упражнения для внутренних мышц глаз, самомассаж глаз и шеи, упражнения на расслабление, дыхательные упражнения. У пациентов с вестибулярными нарушениями в восстановительном периоде заболеваний нервной системы решающее значение в восстановлении функций вестибулярной системы имеют ранняя мобилизация больного и специальный комплекс вестибулярной гимнастики, благодаря которому у пациента вырабатывается способность контролировать свои движения с помощью зрения. Упражнения выполняются вначале в постели, а затем, по мере регресса симптоматики, в положении сидя, стоя или в движении.

Таблица 1 – Структура реабилитационного занятия при умеренных и выраженных глазодвигательных нарушениях

Раздел Занятия	Исходное положение	Упражнения	Продолжительность или число повторений	Методические указания
Вводный	Стоя	Построение в колонну по одному	1 мин	Следить за дыханием, правильной осанкой
	Стоя в колонне	Ходьба на наружных краях стоп, руки на поясе	1 мин	Держать туловище прямо, не опускать голову; не сутулиться
Основной	То же	Ходьба, руки в замок за головой	1 мин	Следить, чтобы вдох производился через нос; выдох через рот, локти развести шире, сочетать с дыханием
	» »	На один шаг развести локти (вдох), на другой – свести локти (выдох)	1 мин	Сочетать с дыханием
	» »	Ходьба выпадами вперед	1 мин	Темп средний
	» »	1 – присесть, руки вперед (вдох) 2 – вернуться в исходное положение (выдох)	1 мин	Сочетать с дыханием
	Стоя, руки на поясе	1 – развести руки в стороны, ладони вперед, грудь выпялить (вдох); 2 – наклониться вперед (втянуть брюшные мышцы) и подтянуть колено к животу (выдох); 3 – 4 – проделать тоже другой ногой	4 – 6 раз	Темп медленный. Дышать через нос
	Основная стойка	Сгибать пальцы ног, стремясь подтянуть ими коврик	4 – 6 раз	Темп медленный. Дыхание не задерживать
	Сидя верхом на гимнастической скамейке, стопы опираются на коврик, руки на коленях	1 – руки вверх, выпрямить позвоночник (вдох); 2 – наклониться вперед, не сгибая спины (выдох); 3 – 4 – выпрямиться	8 – 10 раз	Темп медленный и средний
	То же, руки опущены вниз	1 – 4 – вдох медленно через нос; 5 – 6 – выдох через рот	1 – 5	поочередное поднимание ног («ножницы»)
	То же	1 – выпялить живот (вдох); 2 – втянуть живот (выдох)	1 – 2	1 – руки вперед, выгнуться; 2 – прогнуться, руки и ноги приподнять; 3 – 4 – вернуться в исходное положение
	Ляжа на спине, руки за головой	1 – поднять на носки; 2 – поднять руки с палькой вверх (вдох); 3 – 4 – вернуться в исходное положение	6 – 8 раз	Выдох более резкий, для укрепления дыхательной мускулатуры Ноги поднимать невысоко, дыхание не задерживать Живот втянуть как можно больше
	То же, одна рука на животе	Броски мяча в баскетбольную корзину	4 – 6 раз	Носки оттянуть, движения сочетать с дыханием
	Ляжа на животе, руки под подбородком	Перестроение в колонну по одному	6 – 8 раз	Прогнуться в грудном отделе
	Стоя, в опущенных руках палька	Ходьба обычная	4 – 6 раз	Дыхание не задерживать; выигрывает тот, кто большее число раз попал в кольцо
	Стоя в колонне	1 – руки в стороны и назад (вдох); 2 – вернуться в исходное положение (выдох)	6 – 8 раз	Темп постепенно замедлять
То же	Сидя на скамейке	6 – 8 раз	Темп медленный	

Одним из структурных компонентов комплексной медицинской реабилитации пациентов с вестибулоокулomotorными атактическими нарушениями, обусловленными патологией кровообращения в ВББ, является метод глазодвигательной гимнастики и эрготерапии.

Эрготерапия - это наука о соответствии человека и окружающей его физической, социальной и психологической среды, которая способствует улучшению качества жизни пациентов, помогая им справляться с проблемами повседневной активности и расширяя возможности пациентов при самоходе, работе или досуге. Эрготерапия – это междисциплинарная методика в основе реабилитационных мероприятий лежит двигательная активность, способствующая восстановлению координации и мелкой моторики. Применение методик эрготерапии позволяет решить ряд задач:

- вернуть независимость в быту;
- научиться вести домашнее хозяйство;
- тренировать передвижение;
- научиться принимать пищу;
- понять правильный стереотип движения (сенсомоторика);
- тренировать графомоторику.

Закключение. Таким образом, в процессе реабилитации пациентов с атаксией обусловленной нарушением кровообращения в вертебробазилярном бассейне, особое место занимает проблема восстановления и совершенствования вестибулярных и окулomotorных (глазодвигательных) способностей пациентов, имеющих церебральные дефицитарные нарушения.

При этом реабилитация должна способствовать быстрой адаптации и вестибулярной компенсации, то есть должна быть осуществлена своевременная отмена препаратов, подавляющих вестибулярную функцию и используемых для купирования приступов головокружения. В дальнейшем целью адаптации могут быть назначены физические упражнения, тренировка вестибулярного аппарата и др.