

БРОЈ: 01 - 2017

JOURNAL OF MACEDONIAN SOCIETY OF PHYSIOTHERAPISTS

СПИСАНИЕ

НА МАКЕДОНСКО
ФИЗИОТЕРАПЕВТСКО
ЗДРУЖЕНИЕ



МАКЕДОНСКО
ФИЗИОТЕРАПЕВТСКО
ЗДРУЖЕНИЕ

Драги читатели,

Го имате првиот број од Списанието на македонското физиотерапевтско здружение во кое се опфатени теми за информирање продлабочување на познавањата врз основа на современите достигнувања на теоријата и праксата во областа на физиотерапијата, кинезитерапијата и рехабилитацијата. Сметаме дека ова издание на списанието ќе помогне во подготовката на физиотерапевтите и ќе им послужи за користење на сите останати читатели кои се интересираат за основните и современите принципи и методи на физиотерапијата во целосниот алгоритам на лекување на пациенти со трауматски,

ортопедски, ревматски, кардиоваскуларни, респираторни и невролошки заболувања, како во акутниот, така и во хроничниот периодот на рековалесценција.

Физиотерапијата е основен дел од рехабилитацијата и може да е индивидуална и прилагодена со функционалните дефицити и нарушувања кај конкретните болни. Во неа се комбинираат физички вежби, помошни техники и преформирани физикални средства, спроведени од координиран и добро едуциран интердисциплинарен тим од специјалисти.

Во претстојните Новогодишни и Божиќни празници, Ви посакуваме реализација на сите Ваши професионални и лични желби.

Од Редакцијата
Доц. д-р Данче Василева
Списание на МФЗ, 2017

Наши Партнери



КИНЕЗИТЕРАПИЈА ПРИ ПОВРЕДИ НА 'РБЕТНИОТ МОЗОК

Марија Русковска, Доц. д-р Тоше Крстев

Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип

Сопствената рефлексна активност на 'рбетниот мозок кај човекот е во целосна зависност и потчинетост на главниот мозок. При целосно прекинување на 'рбетниот мозок под нивото на повредата, рефлексите исчезнуваат. Под нивото на прекиноот во зависност од тоа дали го прекинува централниот или периферниот моторен неврон настапуваат соодветни нарушувања на моторните функции, сетилните функции и нарушување на вегетативните функции.

ЦЕЛ

Целта на овој труд е да се проследи ефективноста на познатите и применети рехабилитациони методи за рехабилитација на повреда на 'рбетниот мозок преку приказ на случај

МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ

Опишаната методика ја применивме во еден случај, пациентка на 21 година со повреда на рбетот на нивоа L1 - L2 - L3, како последица на сообраќајна незгода кои што детално ќе ги опишеме во овој специјалистички труд. Ваквите случаи се ретки, рехабилитацијата е многу комплицирана и се јавуваат многу проблеми. Поради оваа причина не можевме да вклучиме повеќе пациенти во ова истражување. Во нашата работа ни беше укажано помош во текот на лекувањето и од други лекари и останатиот медицински персонал.

Име: Атанасова М. Возраст:

21 година Професија:

студент

Дијагноза: притискање на рбетниот мозок на височина на L1 и оштетени корени на L1,L2,L3. Пршленот L1 е притиснат. Историја на болеста – На 17. 02.2017 година, во сообраќајна несреќа, жртвата беше доведена во болница. Направената томографија на дата 18.02.2017 покажува скршеници на 'рбетниот столб на L1 прешлен. На 18.02.2017 година беше извршена операција – инцизија на Th12, L1, L2 прешлени. На 02.03.2017 година беше испишана од болницата со дијагноза полна параплегија, нарушена сензитивност на бедрото и ортостатски нарушувања. На 03.03.2017 Новата томографија на 06.03.2017 покажува масивна скршеница на Th12 и на L1. Од Th12 – L2 има голема поткожна инсекција. Големи и мали коски во 'рбетниот столб предизвикуваат стеснувања во левиот внатрешно прешленски дел на L1 и L2. На 10.04.2017 беше извршена и втората операција, во која беа отстранети две третини од прешленското тело L1 со цел да не се притиска 'рбетниот мозок во оваа област. Како што и самиот пациент се изјасни дека првите денови имала полна парализа на долните екстремитети, но подоцна се појавија подобрувања на сите движења во долните екстремитети. Десниот долен екстремитет беше во подобра состојба. Движењата во првите денови беа намалени, а во одредени области на долните екстремитети и телото сеуште имаше пречки, особено во левата половина. По втората операција рефлексите се вратија. Кинезитерапијата започна на 01.04.2017 година. Прв ден: росле краток разговор со пациентот после извршените прегледи го увидовме следното од страна на чувствителноста: во долниот дел на стомакот, од левата страна сензитивноста е намалена. Ова намалување на сензитивноста е посилено на надворешната страна на десната страна. Движења во однос на пасивните движења

немаше никаков проблем во ниту еден зглоб на долните екстремитети – кај сите имаше физиолошки обем на подвижност и немаше никаков отпор ниту болка. Во однос на активните вежби беше забележано следното: во сите зглобови на горните екстремитети активните движења беа физиолошки и соодветните мускули имаа физиолошка сила која се проценува согласно со ММТ со оценка 5. Мускулите на телото покажуваа различен степен на сила, а поконкретно меѓуребрните и дијафрагмата покажуваа физиолошка сила со оценка 4. Правиот стомачен, внатрешниот стомачен и грбните мускули покажуваат контракција со оценка 2. *M. quadratus lumborum* имаат контракција против гравитацијата – оценка 3. Во долните екстремитети им различна мускулна сила во левиот и десниот екстремитет, така што поголема е во десниот долен екстремитет. Мускулите на левото бедро покажуваат задоволителна контракција при вежбите против гравитацијата – оценка 3. Мускулите на карлицата покажуваат движење само со неутрализирање на гравитацијата оценка При екстензија на левото колена, *m. quadriceps femoris* покажува оценка 2. Сепак флексијата се извршува против гравитацијата на потколеницата, двоглавиот и бедрениот мускул оценка 3. Не покажува скратување на мускулите на потколеницата и на прстите, како на левиот, така и на десниот екстремитет – оценка 0. Што се однесува до десниот долен екстремитет, надколеницата покажува движење со многу мал отпор – оценка 4.

Функционалност:

Проблеми со јадењето немаше. Тешкотиите произлегоа од неможноста за облекување и миене – овие активности беа извршени со помош. Имаше проблеми со уринирањето и за таа цел и беше поставено катетер. Можеше самостојно да се врти во креветот со мала помош. Не беше во можност да стане од креветот – ова дејство се извршување со

помош. Беше поставен корсет на пациентот со цел да се задржи 'рбетниот столб неподвижен. По извршеното истражување, пациентот исполни неколку вежби на долните екстремитети со четири паузи, бидејќи се чувствуваше уморено. Поконкретно изврши флексија на двата екстремитета – осум пати за да помогне во отстранувањето на болката во појасно - сакралната област на 'рбетниот столб. Потоа – влечење и спуштање на долните екстремитети еден по еден, така што секој екстремитет ја изведе вежбата по 8 пати. На крајот применивме и пасивни вежби – флексија и екстензија на потколеницата и стапалата со цел да се стабилизираат овие зглобови. Втор ден Вежбите од првиот ден се повторуваат. Покрај тоа, беа дадени и вежби за вратно движење. Од лежечка положба на грб пациентот се обидуваше да ја подигне ногата нагоре додека истовремено приложувавме мал отпор спротивно од движењето. Вежбата беше изведена 5 пати за секоја нога. Уште во првиот ден беше дадено упатства на блиските на пациентот за нејзиното движење, правилно обраќање во креветот и важноста на честата промена на положбата на телото. Поконкретно пациентот беше замолен на секои 2-3 часа да ја променува положбата на телото во креветот и им покажавме на блиските на пациентот како да ги постават перничката во различните пози, објаснувајќи им дека оваа обука е многу важна за избегнување на декубитус, како и подобрување на циркулацијата на крвта и олеснување на дишењето. Поради слабоста во потколеница, нозете се наоѓаат во позиција на флексија и поради тоа им беше објаснето за големата важност на поставување на специјална перница под нозете, така што долните екстремитети се поставуваат во физиолошка положба. Оваа позиција помага во отстранувањето на функциите на скратување на стомачната мускулатура и мускулите на нозете и на тој начин се наоѓа во погодна положба за да се смени положбата на телото. Потоа поставивме перници полнети со вода под петите со цел да се избегне појавата на декубитус во оваа област. **Трети ден** Покрај претходните вежби се користеа и вежби со отпор на горните

екстремитети, како и вежби за stomачните мускули со подигање на глава, рамениците и грбот. Во следните неколку дена продолживме со истата програма до 07.04.2017. На 07.04 и на 08.04 месец подоцна направивме на пациентот пред операциона физиотерапија во комбинација со респираторни вежби, тренирање на дијафрагмално дишење. Целта на респираторните вежби беше постигнување на подобра вентилација и правилно дишење, како и прочистување на бронхиите и белите дробови од секрет. Извршените вежби за издишување помагаат за избегнување на пост оперативните компликации. И покрај овие напори, компликациите не беа пропуштени после операцијата, бидејќи пациентот беше пушач.

Задачите на респираторна гимнастика се:

- Чистење на алвеолите од секреција (вежби за издишување за да се олесни кашлањето, позициона терапија, бронхијално чистење)
- Вежби за респираторните мускули за подобрување на вентилацијата на белите дробови

Оваа програма траеше во следните четири дена се додека проблемите не исчезнаа- температурата падна и дишењето се подобри. Од 17.04 продолживме со примената на програмата, која што беше прекината поради операцијата, но вежбите беа со помало оптоварување. Закрепнувањето на пациентот беше добро и до крајот на оваа недела таа можеше да ја изврши програмата од комплексот по кинезитерапија без големи тешкотии. Две недели по операцијата и по дозвола од страна на лекарите, на пациентот му дозволивме да седи во кревет, откако прво и поставивме градно-вратен пластичен корсет за подржување на 'рбетниот столб исправен. Од седечка положба извршивме вежби за рамнотежа. Се изведоа и вежби на мускулите со намален тонус поради продолжително лежење. Под долните екстремитети поставивме

специјални пернициња за да се задржи правилниот агол во колената и потколениците. Комплексот на вежби вклучува: вежби за една рака; вежби за двете раце, првично се изведува флексија а потоа постепено се вклучуваат и вежби за абдукција, напред, назад итн; вршење на горенаведените вежби со затворени очи. Од истата почетна позиција се исполнуваат и вежбите за m. quadriceps femoris на двата долни екстремитети – екстензија во колената. После тоа побаравме од пациентот и нејзините роднини да станува повеќе од еден пат на ден, за да не се појават проблеми со стоењето и за да не доаѓа до намалување на крвниот притисок кога пациентот ќе застане исправено. Терапевтската програма продолжи и со помош од роднините и блиските на пациентот, со кои што вежбите беа изведени претходно. На 04.05.2017 година кинезитерапевтската програма повторно беше прекината поради тоа што пациентот имаше висока температура, која што произлегуваше од уролошка инфекција. Оваа состојба траеше скоро 5 денови по што температурата се нормализира. Од 09.05.2017 до 12.05.2017 ја обновивме програмата со неколку активни вежби за долните и горните екстремитети, внимавајќи да не ја уморуваме болната која што беше изнемоштена од многу дневната висока температура. Од 15.05 болната покажа подготвеност и започнавме одново исполнување на програмата, која што беше сопрена и со повеќе вежби не само активни туку и вежби со отпор, кои што покажаа подобрување како во обемот на екстензија на десното колено, така и флексија во бедрата. На 19.05.2017 година пациентот се исправи со наша помош. Во оваа положба остана 3 минути. Времето на стоење исправено од дека на ден се зголемуваше. Роднините беа советувани со нивна помош да стои исправена повеќе пати на ден и од оваа почетна положба да вршат вежби за рамнотежа, на пример: подигање на едната рака напред, назад, на страна; подигање на двете раце во различни насоки стремејќи се да одржува рамнотежа;

исполнување на истите вежби со затворени очи; вежби за подобрување на јачината на карлицата (подигања на карлицата, вежби за подобрување на стабилноста на телото, преку широкиот граден мускул и *m. quadriceps femoris* подигнување на нозете). После одреден период поставивме и вежби со отпор на левиот и на десниот екстремитет. За време на исполнувањето на вежбите, местото ми беше зад болната со рацете поставени на појасно - крстната област за да можам да ја следам и контролирам нејзината положба и држење на телото и доколку има потреба да можам веднаш да помогнам. Откако постигнавме задоволителна стабилност во исправена положба, се продолжи со обука за одење. Користивме канадски патерици и специјални ортопедски чевли за да ја задржат потколеницата стабилна. Начинот на одење кои што го користевме за обука беше одење во 4 такта. Ходник за одење не користевме затоа што не беше потребно. Пациентот не покажа дополнителен проблем при одењето со патерици. Таа постигна задоволителна флексија и екстензија на долните екстремитети и лесно можеше да ги подигне нозете со помош на *m. quadriceps femoris*. Горните екстремитети и телото, исто така добиа сила и стабилност.

Обуката за одење започна вклучуваше инструкции како на пример:

- Прво да ги премести патериците
- Да стапнува бавно
- Да ја распредели тежината на телото рамномерно врз двете нозе, за да може да ги отпушта рацете на секој чекор.
- Исто така е демонстрирано одење во круг во 4 такта
- Поставување на десната патерица напред
- Кревање и придвижување на левата нога напред
- Поставување на левата патерица напред
- Подигање и придвижување на десната нога напред

Паралелно со обуката за одење, пациентот се привикнуваше да преминува од инвалидската количка до исправена положба и обратно. Користењето на кинезитерапевтската програма за цело време протекуваше нормално. Имаше прогресивно подобрување и зголемување на оценката во секое движење – флексија на долните екстремитети, екстензија на коленото и сите движења на горните екстремитети. Еден месец по испишувањето пациентката можеше самостојно да се движи, да секачува и спушта по скали и исто така беше способна за самопослужување.

ЗАКЛУЧОК

Добриот однос помеѓу терапевтот, пациентот и нејзините роднини помогнаа да се подобри третманот. Добивме релативно добри резултати за брз временски период, со што пациентот се врати дома. Тоа и даде голема храброст и се охрабри за постигнување на уште поголеми и подобри резултати во одењето.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Donald, A. Neumann, Kinesiology of the musculoskeletal system, САД
2. Nalsh F.M.R (1959) "Заболявания на нервната система", издание на "Медицинска библиотека", Атина
3. Аница, К, Надежда, Ѓ, Добрила, Т. (2005) Анатомија на човекот, Osteологија
4. Никос Д. "Кинезиологија", том II, Софиа
5. Шуков Ј. (2001) Основи на кинезитерапија, Скопје
6. Николовска, Л., Василева, Д., Крстев, Т., Страторска, Т. (2016) Клиничка кинезитерапија, Штип
7. Николовска Л. (2014) Физикална медицина и рехабилитација 1 и 2 општ и специјален дел. ISBN 978-608-24-130-6