

Ерго- и позиционна терапия при пациенти с мозъчен инсулт

Любомира Стоянова, Таня Мегова, Нина Михайлова, Ростислав Костов

Summary: *Stroke is a severe and disabling disease leading to longterm lost of capacity of work and self-service. Positioning is used at early stages of recovery. Supporting the correct body position prevents muscle contractures and allows passive range of motion. Aims: presenting the right positioning in stroke patients. In this presentation are shown the principles and norms for positioning at bed and at chair. Supporting the right body position and good passive range of motion develops control over patients' extremities.*

Key words: *positioning, stroke, occupational therapy*

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчният инсулт е тежко инвалидиращо заболяване, водещо до продължителна загуба на работоспособността и възможността за самообслужване. Значението на тази нозологична единица се определя от повишаващата се заболяемост сред популацията, засягането на все по-млади индивиди, широкото разпространение на рисковите фактори за развитието му и голямата социална и икономическа тежест за обществото. В ранният възстановителен период движенията на пациент са силно ограничени. В този период по-голяма част от болните не могат да поддържат самостоятелно симетрична позиция на тялото. Необходимо е спазването на някои основни принципи, които подпомагат възстановителните процеси. Поставянето на тялото в правилна позиция и поддържането на пасивния обем на движение позволяват на пациентите да изградят контрол върху крайниците. Сензорният и проприорецептивният контрол са необходимо условие за това. [3]

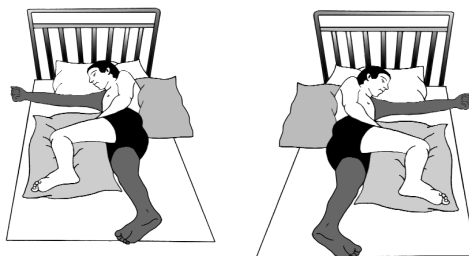
ЛЕЧЕНИЕ

Лечение чрез положение в леглото.

В началният възстановителен период пациентът прекарва по-голяма част от времето си в леглото. Невъзможността да сменят позицията си и да се обръщат в леглото ги лишава от възможността да контролират обкръжаващата ги среда. Пациентите със загуба на сетивност в хемиплегичната страна е възможно да изпитват страх от обръщане и лежане на засегнатата страна, докато страничният лег на незасегнатата страна ограничава ползването на здравите крайници. Често болните са обгрижвани докато лежат по гръб, това ограничава зрителното им поле и възможността да използват ръцете си. Легнали в леглото те имат пълна опора на всички части на тялото. Тези с повишен тонус се чувстват по-добре при периодично връщане в леглото през деня, това им позволява по-добре да контролират тонуса си. Аналогично тези с вялост се уморяват от продължителното поддържане на антигравитационна позиция на крайниците и се нуждаят от периодичен отдих. Правилната позиция при сън и почивка и ранното усвояване на функционална мобилност в леглото са препоръчителни. [2]

Позиции в леглото.

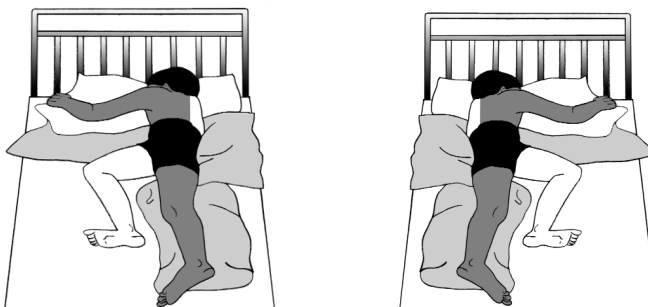
За поддържане на правилна позиция в леглото е необходима допълнителна поддръжка. В страничен лег може да се постави опора по продължение на гърба, това предпазва пациента от обръщане назад и осигурява проприорецептивно усещане на засегнатата страна.



Фигура 1. Позиция в леглото – лег на засегнатата страна: (1) засегнатото рамо е напълно отведено, (2) засегнатият долен крайник е леко флектиран в колянната става, (3) няма предмети в ръката и срещу ходилото, (4) главата е в една линия с дългата ос на тялото.

Когато индивидът лежи върху плегичната страна засегнатата ръка се поставя протегната напред, с протрахирано рамо. Долният крайник е леко флектиран в коленната става и незасегнатата страна е наклонена напред. Под здравият крак се поставя възглавница която да редуцира аддукторния тонус. [2]

Когато болният лежи на незасегнатата страна позицията е обратна.



Фигура 2. Позиция в леглото – лег на незасегната страна –(1)главата на пациента е в една линия със срединната ос на тялото, (2)пациентът лежи в страничен лег (3)тялото не се усуква, (4)засегнатото рамо е изнесено напред, (5)ръката се държи успоредно на незасегнатата ръка, която е под възглавницата, (6)пръстите са в неутрална позиция. Да не се поставят никакви предмети в ръката или срещу стъпалото (7) засегнатият долен крайник е в лека флексия в колянната става, (8) вариант на позицията е незасегнатият крайник да е изпънат, а засегнатият изнесен леко напред и флектиран в коляното

Пациенти, които не могат да се обръщат самостоятелно ще бъдат възпрепятствани от тази позиция, необходимо е в близост да има сигнален звънец. Периодично болните трябва да заемат тази позиция. Това пречи на прекомерното използване на здравите крайници. В тази позиция пациентите получават проприорецептивна обратна връзка около срединната линия и елонгацията на тялото от здравата страна е улеснена.

Когато пациентът е по гръб се използват възглавници за да се предотврати ретракцията на засегнатите раменна и тазобедрена стави.

За осигуряване на правилно позициониране на пациента трябва да се избере подходящ матрак. Твърдата повърхност ще осигури проприорецептивна обратна връзка и стимулация, това подпомага обръщането и осигурява независимост в седеж.



Фигура 3. Позиция в леглото – тилен лег – (1) главата е разположена по срединната линия, (2) трупът от засегнатата страна е елонгиран, (3) рамото се поддържа от възглавница, (4) поставя се възглавница под тазобедрената става за превенция на ретракцията на таза и външната ротация на бедрото, възглавницата достига до средата на бедрото и по този начин осигурява релаксирана позиция на колянната става (лека флексия). Периодично засегнатият крайник се поставя в позиция с флектирана колянна и тазобедрена става. Да не се поставят предмети в дланта и срещу ходилото.

Областите от тялото подложени на по-голям натиск трябва да бъдат мониториран за появата на декубитални рани. При използване на антидекубитални дюшеци пациентите се нуждаят от повече помощ при обръщане и сядане. Сядането през страничен лег трябва да се окуражава, това подпомага изправянето на главата, пренасянето на тежестта на тялото и изгражда чувство за срединна линия.[2]



Фиг. 4. Позиция в леглото – седеж – (1) пациентът е изправен с равномерно разпределяне на теглото върху двете седалищни половици, (2) раменната става е протрахирана, отведена и леко флектирана с помощта на възглавница, (3) долните крайници са изпънати в неутрална позиция. Периодично засегнатият крайник се поставя в позиция с флектирана колянна и тазобедрена става. Не се поставят никакви предмети в дланите и срещу ходилата.

Използване на стол

Седежът в стол осигурява по-голяма независимост при самообслужване и по-добра визуална перспектива върху обкръжаващата среда. Тази позиция дава възможност незасегнатата ръка да бъде използвана във функционален обем. Болният започва да използва активно мускулите на тялото, а долните крайници да осигуряват стабилизация.[2]

Важно е да се отбележи, че седежът не е пасивна позиция. В ранните фази пациентът може да развие порочна позиция и мускулна дейност ако не получава достатъчна опора от стола или възглавници.

При сетивни нарушения зоните подложени на натиск трябва да бъдат мониториран. Когато контролът върху главата е недостатъчен се изисква подкрепа. Креслата осигуряват релаксирана позиция, подкрепят гърба и го поддържат леко

реклиниран. При слаб мускулен контрол пациентът е склонен да се изплъзва напред, това може да увеличи активността на коремната мускулатура и да затрудни активната екстензия на трупа.

Използването на инвалиден стол ще увеличи мобилността на пациента, той осигурява по-активна седяща позиция и осигурява по-голяма свобода на движение на горните крайници. Намаляването на натиска върху най-обременените области е важно особено ако индивидът не може сам да коригира позицията си. [2]

Когато е възможно тазобедрената, колянната и глезенната стави трябва да бъдат в 90° флексия и ходилата стъпили на твърда повърхност. Бедрото трябва да бъде в нулева позиция във фронталната равнина. Подлакътниците (облегалките) трябва да позволяват горните крайници да стоят отпуснати върху тях без тялото да се накланя встрани. Добре е периодично позицията на горния крайник да се променя, мишницата може да се поставя във вътрешна или външна ротация, предмишницата в пронация или супинация. Може да се използва и масичка за опора, поставена пред или до пациента. Тези вариации помагат да се поддържа пасивният обем на движение и да се профилакират контрактурите. Полагат се грижи за предотвратяване на съксяването на мм. пекторалис, което може да причини трудности при обличането в ранните периоди и да повлияе негативно късните стадии на възстановяване. [1]

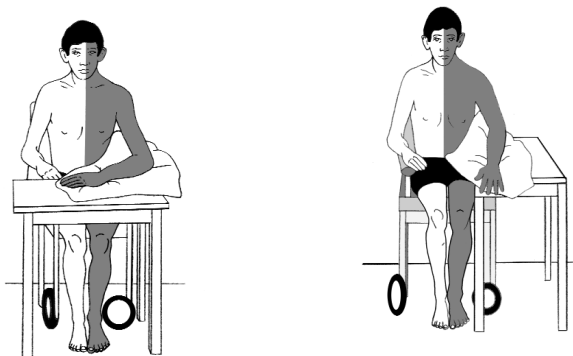
Ръката трябва да се поддържа във физиологична позиция, ако е необходимо с помощта на ортеза, когато крайникът е в покой. Абдукцията и ротацията на палеца се поддържат пасивно за да се запази функционалността на ръката. [1]

Седж в стол.

При подобряване на активния баланс в седеж и усвояване на самостоятелното преместване се преминава към седеж в стол. Това позволява подобряване динамичният контрол на баланса, активната екстензия на торса и натоварването на долните крайници. Горните крайници имат по-голяма свобода на движенията и извършват по-голям обем дейности. Поставянето на допълнителна подложка под седалището увеличава предния тилт на таза и улеснява преминаването към изправена позиция. [2]

Важни моменти при седеж в стол

Столт трябва да осигурява достатъчна поддръжка на тялото, да има подлакътници или облегалка когато е необходимо. Засегнатата тазобедрена става не трябва да се ретрахира. Ходилата се поставят на твърда повърхност, така че долните крайници да поемат собствената си тежест. Понякога тази позиция може да засили абнормните позиции и модели на движение.



Фигура 5. Позиция в стол – засегнатата ръка се поставя пред или до тялото с подходяща опора, ходилата са на плоска твърда повърхност.

ОБОРУДВАНЕ

То се разглежда като допълнителен метод за компенсация на увреждането. Помощните средства се изписват след преценка на нуждите на пациента, семейната му среда и степента на увреда. [2]

Инвалиден стол

Осигуряването на инвалиден стол има две основни цели: правилна позиция на тялото през ранната фаза на възстановяване и осигуряване на мобилност в и извън дома.

За пациентите с мозъчен инсулт са подходящи инвалидни столове задвижвани от здрави лица или такива с двигател. Те осигуряват по-добро позициониране и подобряват баланса при седеж, което не винаги е възможно с кресла или столове с повдигнати седалки. Необходимо е осигуряване на антидекубитална възглавница и периодичното мониториране през деня. Мобилността на столовете позволява пациентите да бъдат извеждани на разходка от техните посетители с цел подобряване на възприятията. В идеалният вариант стола трябва да осигури придвижване в домашни и градски условия. Пациентите не трябва да правят опити да задвижват стола с помощта на ръцете или долните крайници. Повишеният тонус на мускулите се засилва още повече когато използват здравите крайници по този начин.[2]

Моторизираните инвалидни столове са подходящи за пациенти с тежки, дълготрайни физически увреждания и тези с хронични белодробни и сърдечни заболявания. Придвижването с тези столове се разглежда като част от терапията, осигурявайки когнитивни и визуални възприятия и правилна преценка на пространствените взаимоотношения.

Дългосрочната оценка за необходимостта от определен вид помощен стол зависи от домашната и околната среда (достъп до жилището, вида му, ширината на вътрешните помещения, разположението на мебелировката, праговете на вратите, височината на ел. ключовете, покритията на подовете) [3].

ЛИТЕРАТУРА

[1] Boehme R. Improving Upper Body Control. New York: Psychological Corporation, 1995

[2] J. Edmans, Champion A. Hill L. Ridley M. Skelly F. Occupational Therapy and Stroke, Whurr Publishers, 2001

[3] L.W. Pedretti, Zoltan B., Occupational Therapy, Practice skills for physical dysfunction, C.V. Mosby company, 1990

За контакти:

Любомира Стоянова, асистент, Медицински Университет – Плевен, Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“, Бул.“Климент Охридски” 1, Плевен 5800, сл. тел. 064 884 118, GSM: 0896155779, e-mail: lestoianova@abv.bg

Докладът е рецензиран.