

Алгоритъм на кинезитерапевтичното планиране при пациенти с болестта на Паркинсон

Пенка Баракова

Summary: *The report examines the algorithm of the kinesitherapeutic program of patients with Parkinson's disease. The program is prepared during five years, the results of 19 patients are analyzed. Conclusions about the daily clinical practice are made.*

Key words: *Parkinson's disease, kinesytherapy, movement rehabilitation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Болестта на Паркинсон, както е известно, има наследствена дегенеративна патогинеза, с характерните симптоми и синдроми, показващи увредите на различните етажи и структури на екстрапирамидната система. [2] Съвременната неврология разглежда болестта на Паркинсон и Паркинсоновия синдром под различен ъгъл: етиологично се приема най-често, че има наследствена дегенерация или други причини. Патоморфологията отчита наличието на телцата на Леви (тирозин, съдържащ хиалинови телца), загуби на неврони в ЦНС, глиоза в засегнатите участъци. Патогенезата е свързана с допаминов дефицит в нигростриарната система с нарушение в регулацията на мускулния тонус и „моделирането“ на нервния двигателен импулс, протичащ основно по пирамидния път.

Данните на световната статистика показват средна възраст от 55 години на пациентите с Паркинсонова болест. Според Р. Райчев и Ив. Райчев [2], ядрената триада на заболяването включва: хипобрадикинезия до акинезия, пластично-повишен мускулен тонус и Паркинсонов тремор. Медикаментозната терапия се изгражда на принципа на заместителната терапия: въвеждане на допамин чрез различни основни медикаменти, препарати за възстановяване баланса в системата допамин-ацетилхолин, препарати за предпазване при продължително лечение от феномена на „включване и изключване“ (on-off феномен). [4, 5] Съобщенията за кинезитерапия при Паркинсоновата болест и Паркинсоновия синдром са недостатъчни, непълни, с редица противоречиви или дискутабилни въпроси. [1, 3, 5]

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на съобщението е да предложи алгоритъм на кинезитерапевтичната програма (план) при пациенти с Паркинсонова болест след преценка на нивото, до което целите и задачите на кинезитерапията могат да бъдат изпълнени, ако възстановяването се насочи директно към функционалните двигателни способности и времето и нивото за третиране на основните нарушения вследствие заболяването.

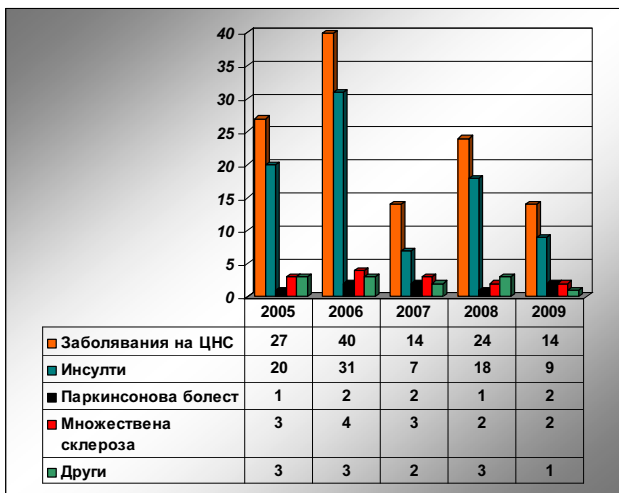
Материал и методика:

Методиката на кинезитерапията изградихме при поликлиничната си работа в отделенията по физикална терапия и рехабилитация при ДКЦ-III и РЦРСМ-I в Плевен през последните пет последователни години (от 2005 до 2009 г.). С методиката са занимавани в поликлинични условия 11 пациента с Паркинсонова болест и 8 – в домашни условия.

По години разпределението на пациентите бе, както следва: 2005 година от всичко лекувани в ОФТР 1 209 пациенти с неврологични заболявания бяха 84, или 6.94%, със заболявания на централната нервна система – хемипарези, Паркинсонова болест, множествена склероза и черепно-мозъчни травми бяха 27 пациенти или 2.23% от всички. В същата година работихме с трима пациенти с Паркинсонова болест, или 0.25% от всички пациенти, а съпоставени спрямо

заболяванията на централната нервна система процентът бе 3.60. През 2006 година всичко преминалите пациенти през ОФТР са 1284, с неврологични заболявания 92 или 7.16%, със заболявания на ЦНС – 40 или 3.11%. С Паркинсон бяха двама пациенти или 0.15% от всичките болни, а спрямо неврологичните – 2.17%. За 2007 година данните са съответно 767 пациенти, с неврологични заболявания 54 – 7.04%, със заболявания на ЦНС – 14 или 1.82%, с Паркинсон двама – 2.06% от всички пациенти, спрямо неврологичните процентът е 3.54. За 2008 година данните са: общо болни 935, неврологичните са 57 – 6.09%, с ЦНС бяха 24 – 2.56%. Двама пациенти бяха с Паркинсон – 0.20% от всички и 3.50% от неврологичните заболявания. За 2009 година всичко болните са 765, с неврологични заболявания са 47 или 6.14%, с увреди на ЦНС са 14 или 1.83%, от които двама с Паркинсон, или 0.26% от всички и 4.25% от неврологичните заболявания. Всичко програмата реализирахме при 19 пациенти с Паркинсонова болест.

Диаграма 1.



Относително малкият брой и често само теоретични съобщения за кинезитерапията при пациенти с Паркинсонова болест и Паркинсонов синдром, според нас, не предлагат за практиката конкретни методики, съобразени със степента на развитие на основните нарушения и на функционалния дефицит вследствие заболяването. Поради това започнахме да изграждаме алгоритъм на кинезитерапевтичните задачи, които трябва да се решат последователно при пациентите с Паркинсон. За по-голяма ефективност обвързахме кинезитерапията с решаване на редица ерготерапевтични въпроси, касаещи ежедневните нужди и качеството на живот на нашите пациенти.

Индивидуалните терапевтични програми пациентите ни изпълняват в продължение на 20 дни – ежедневно, по 45-50 минути, след това заниманията провеждахме три пъти седмично в продължение на десет дни. Съставената и заучена индивидуална програма давахме на пациентите за домашно изпълнение. За постигане на добри и трайни резултати пациентът трябваше да е мотивиран, да изпълнява отговорно терапевтичната програма, а близките му, заети с неговото обгрижване, запознавахме с ограниченията, които му налага болестта.

Алгоритъма на действие на кинезитерапията започвахме с тренировка за подвижност и гъвкавост, тъй като основни при паркинсонизма са забавените движения с няколко подформи на двигателен дефицит (невъзможност за започване

на движенията, редуцирана амплитуда на движенията, обща двигателна слабост). Нашето мнение е, че тъй като подвижността на пациентите е значително ограничена, не е правилно да се започне с усвояване на двигателни стратегии. Затова се стремим да преодолеем едновременното ротиране на корпуса и таза, което е неестествено движение, изискващо допълнителни усилия от страна на пациента, лошите резултати от неправилното позициониране на тялото са разочарователни не само за пациента, но и за кинезитерапевта. В практиката с подобряване на торако-лумбалната гъвкавост и подвижност често размахването на ръцете (нормална синкенизия) при ходене се възстановява спонтанно.



Фиг. 1. Трениране на равновесието и торако-лумбалната гъвкавост

Подобрявайки торако-лумбалната екстензия приучаваме болния да поставя таза в неутрална позиция или в лек наклон напред преди започване на изправянето (обратно на патомеханизма при изправяне на паркинсоника – прекомерно наклонен в задна посока таз). По-нататък учим пациента да задържи неутралното алиниране на таза с център на тежестта близо до опорната площ по време на ходене.

С подобряване на функцията, смятаме за необходимо да мобилизираме равновесния контрол, походката и двигателните стратегии чрез използване на упражнения с по-високо ниво на сложност за контрол на позата. В този етап включваме упражнения за бедрената мускулатура, за да може пациентът да се изправи от седеж в стоеж с бедра в неутрална позиция. Тренирането на изправяне от седеж използваме за подобряване лумбалната подвижност на гръбнака.



Фиг. 2. Трениране контрола на позата

Двигателното преобучение, функционалната тренировка и дейности, свързани с баланса, включваме след подобряване на подвижността. По-усилена тренировка на походката и контрол на баланса включваме в програмата, когато подвижността и силата са подобрени в достатъчна степен.

Сърдечно-съдовата тренировка включваме на по-късен етап, за да не се преуморява пациента твърде рано с много упражнения.

Мускулната ригидност е друг основен симптом на паркинсонизма. При пасивни движения заангажираните в движението мускули оказват характерна „съпротива“ (феномен на Негро). Базирайки се на връзката между ригидността и загубата на подвижност установихме, че подобряването на подвижността се постига много добре чрез релаксиращи упражнения, в сравнение с упражненията за силен стречинг. Релаксиращите упражнения включваме редовно и продължително в кинезитерапевтичния план, с което постигаме обща редукция на ригидността. Кинезитерапевтичната програма от упражнения, базирана на тази концепция, има за цел да подобри спиналната подвижност и тази на крайниците, както и да реализира стратегиите за функционалните движения. При това поставяме акцент на участието на аксиалните структури в упражненията.

Упражненията за сила на гръбната мускулатура са предимно от позиция лице в лег, използваме техники и прийоми, практикувани от нас при други неврологични заболявания. В случай, че пациентът има съществени ограничения на подвижността, тези упражнения са противопоказни.



Фиг. 3, 4. Спирални модели на ПНМУ - Кабат

В литературата не открихме конкретни данни за специфичен функционален тренинг при пациенти с Паркинсонова болест. Според нас е важно да наблюдаваме как влияе реализирането в практиката на всяка задача върху болния. Затова за предотвратяване на скелетно-мускулните ограничения включваме поетапно упражняване за подвижност и гъвкавост, за сила и контрол на позата с цел осигуряване на необходимите условия за движенията на нашите пациенти.

По време на цялостното трениране на упражненията включваме и „външна програма“, устни и визуални наставления.

При лечение на пациенти с нарушения в моторното планиране ги обучаваме само в една единствена стратегия, с чести повторения, без да се опитваме да генерализираме. Какво решение да приложим и какви задачи поетапно да изпълним зависи от нашия клиничен опит във всеки отделен случай.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите на нашите пациенти с Паркинсонова болест отчитаме чрез функционални тестове, направени в хода на кинезитерапевтичното лечение, като в продължение на години ползвахме тестовете за оценка на ежедневните дейности и анализа на походката при увреда на централен двигателен неврон. В последните години въведохме функционалните тестове на Brungschtrom и Bartel. Във връзка с изследователски студентски проект през последната година въведохме и теста на Unified Rating Scale Parkinsonism - URSP [1] В края на всеки курс на лечение на нашите пациенти с Паркинсон правим нови контролни тестове, които дават оценка на резултатите от приложените стратегии и техники. Тези резултати ни удовлетворяват.

ИЗВОДИ

Алгоритъмът на кинезитерапевтичната тренировка при пациенти с Паркинсонова болест включва упражнения за подвижност, гъвкавост, контрол на позата, засилване на лумбалните екстензори и подобряване подвижността на крайниците.

Нашата многогодишна практика доказва, че редуцията на вредните фактори, които утежняват регидността и влошават състоянието на мускулно-скелетната система, трябва да се реализира от мултидисциплинарен екип. Смятаме, че той трябва да бъде ръководен от неврофизиотерапевт, защото освен въздействието на кинези- и ерготерапевтичните средства и стратегии, за практиката трябва да се вземе предвид и въздействието на медикаментите, които болните приемат, и които могат да окажат негативен ефект върху движението и функцията.

Възможно е прилагането на техники и прийоми, практикувани при други неврологични заболявания, да намерят своето място в рехабилитацията на пациенти с Паркинсонова болест и Паркинсонов синдром. Според нас, трябва да се оценят и дискутират също очакванията на пациентите от неврорехабилитационната програма.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Колева, Ив., Р. Йошинов, Специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“ – традиции, съвременно състояние, тенденции, РИК „Симел“, София, 2008

[2] Райчев, Р.; Ив. Райчев, Основи на общата неврология, ИК „Артик“, София, 2001

[3] Топузов, Ив.; Ерготерапия – I-III част, РИК „Симел“, 2008/2009

[4] Bithell, Ch.; S. Edwards, J. Freeman, Neurological Physiotherapy, Bases of evidence for practice, Treatment and management of patients described by specialist clinicians, Edited by C. Partridge, Whurr Publishers London and Philadelphia, 2000

[5] Schenkelman MS; Cutson TM, Kuckibhatta M; and ot.; Reliability of impairment and physical performance measures for persons with Parkinson's disease, Physical Therapy 77, 1997, 19-27

За контакти:

Доц. Пенка Баракова, 064/835705. 0899955088, e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Докладът е рецензиран.