



УДК 616.7-052.2-08-185-036.82/83

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ ДЕМИЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

А.В. РОГОВ¹
Т.Г. ДОРОШЕВА¹
Е.Ф. ЛЕВИЦКИЙ²
Е.И. НЕЧАЕВА²
В.К. ПАШКОВ²

¹⁾ ОГКУ «Реабилитационный
Центр для детей и подростков с
ограниченными возможностями»
г. Северск

²⁾ Сибирский государственный
медицинский университет,
г. Томск

e-mail: rogovdoctor@gmail.com

В статье изложен случай реабилитации больного с хронической демиелинизирующей энцефалопатией. Применяемый комплекс лечебно-восстановительных мероприятий позволил улучшить качество жизни больного.

Ключевые слова: реабилитация, неврологическая и ортопедическая патология

Реабилитация больных демиелинизирующими заболеваниями сложна, длительна и не всегда результативна. Поделится удачной реабилитацией клинически тяжёлого случая. Больной, К 18 лет, получал этапную реабилитационную терапию в Областном казённом государственном учреждении «Реабилитационный Центр для детей и подростков с ограниченными возможностями ЗАТО Северск»

Диагноз: Хроническая демиелинизирующая полинейропатия, смешанная форма (моторно-сенсорно-вегетативная). Дистальный парез с нарушением функции ходьбы, тазовыми нарушениями.

Жалобы: на слабость в ногах, нарушение походки, снижение чувствительности в стопах, учащённое мочеиспускание.

Из анамнеза: больным себя считает с лета 2010 года, когда появились боли в голеностопных суставах и ограничение опоры на пятки. Был выставлен диагноз «спинальная амиотрофия Шарко-Мари», который впоследствии не подтвердился. Далее лечился с диагнозом «хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия». В Реабилитационный Центр поступил на курс восстановительного лечения с целью адаптации к двигательному дефициту, повышения толерантности к физическим нагрузкам.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 145/95 мм рт. ст., ЧСС 80 ударов в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Неврологический статус: сознание ясное, ориентирован, контактен. ЧМН – зрачки D=S, фото-реакции сохранены, лицо симметрично. Сухожильные рефлексы с рук D=S, живые, коленные D<S, ахилловы abs. В позе Ромберга устойчив. ПНП выполняет правильно. Патологических знаков нет. Походка – шаг с 2-х сторон.

При поступлении: угол сгибания тазобедренного сустава с согнутой правой, левой ногой 62°, 61° соответственно; угол сгибания тазобедренного сустава с прямой правой, левой ногой 43°, 45° соответственно; угол сгибания коленного правого, левого сустава 121°, 120°; угол тыльного сгибания правой, левой ноги 125°, 123°.

Результаты дополнительных исследований и заключения специалистов:

ЭКГ: Выраженная синусовая аритмия, 60-71 в мин., полная блокада правой ножки пучка Гисса.

УЗИ почек, мочевого пузыря простаты: эхоскопическая картина удвоения левой почки.

Уролог: гиперреактивный мочевой пузырь

Окулист: глазное дно – вены расширены, артерии значительно извиты, сужены.

Отношение юноши к физиотерапевтическим процедурам, массажу, лечебной гимнастике было настороженным. Период привыкания к лечебно – восстановительным мероприятиям был достаточно быстрым. Новые двигательные навыки формировались сложно вследствие ограничения движения и слабой чувствительности в голеностопных суставах.



За время посещения больной получил курсовое лечение:

- 1) Массаж общий, дифференцированный с индивидуальной композицией на основе масел Сибири и Дальнего Востока[1];
- 2) Индивидуальный комплекс лечебной гимнастики с использованием тренажерных комплексов[2, 3, 4]; в том числе и тренажера «Рогова» [5, 6].

При проведении процедур лечебной гимнастики учитывалась степень ограничения движений, применялся комплекс пассивно-активных упражнений. Интенсивность и продолжительность занятия определялась индивидуальными особенностями больного. При проведении процедур учитывались скрытые потенциальные возможности, соблюдались дидактические принципы: доступности, систематичности, от простого к сложному, от известного к неизвестному.

Для решения поставленных задач нами был применен метод стандартно-повторного упражнения. По мере того, как больной начинал уверенно выполнять осваиваемые двигательные действия, мы усложняли задачу методом переменного (вариативного) упражнения. В качестве средств воспитания двигательного-координационных способностей нами были использованы пассивно-активные и активные физические упражнения, включая дыхательные, упражнения на координацию, упражнения на расслабление, на нормализацию поз и положений головы и конечностей. Особенно эффективным оказалось применение оригинальных тренажерных комплексов. С их помощью включали упражнения на сгибание и разгибание верхних и нижних конечностей.

Применялся общий дифференцированный массаж с преобладанием расслабляющих приемов. Обоснованием его служили данные академика И.П.Павлова: пассивное воспроизведение определенного движения посылает импульс в те кинестетические клетки коры, раздражение которых активно вызывает это движение. Раздражению определенных кинестетических клеток в коре соответствует определенное движение. Рационально проведенный массаж влиял на мышечный тонус ребенка, понижая его. Массаж проводился в помещении с $T=22$ градуса по Цельсию в одни и те же часы, через 60 минут после еды. Курс состоял из 15 процедур. План массажа: Исходное положение – лежа на животе с валиком под голеностопами – массаж спины, паравертебральных областей, задней поверхности ног. Исходное положение – лежа на спине с валиком под коленями – массаж передней поверхности ног, живота, груди, рук. Приемы массажа: поверхностное и глубокое поглаживание, пиление, пересекающее, выжимание, сдвигание. Чередование приемов.

После проведенного курса лечения отмечается улучшение психо-эмоциональной сферы больного. Кроме того, отмечается положительная динамика двигательных навыков. Комплекс созданных и усовершенствованных тренажеров, которыми оснащен зал лечебной физкультуры, позволил больному продолжить этапную физическую реабилитацию на качественно новом уровне.

По завершению курса реабилитации: угол сгибания тазобедренного сустава с согнутой правой, левой ногой 74° , 77° соответственно; угол сгибания тазобедренного сустава с прямой правой, левой ногой 50° , 53° соответственно; угол сгибания коленного правого, левого сустава 135° , 138° ; угол тыльного сгибания правой, левой ноги 116° , 119° .

Наблюдение больного в динамике: через 6 месяцев состояние здоровья улучшилось. Увеличилась сила мышц, мышечный тонус снизился, увеличилось разведение бедер с согнутыми ногами на 11 см, колени стали выпрямляться, улучшилась манипулятивная функция рук. При поступлении: угол сгибания тазобедренного сустава с согнутой правой, левой ногой 74° , 73° соответственно; угол сгибания тазобедренного сустава с прямой правой, левой ногой 52° , 50° соответственно; угол сгибания коленного правого, левого сустава 136° , 137° ; угол тыльного сгибания стопы правой, левой ноги 106° , 108° .

Учитывая положительную динамику в состоянии здоровья больного, рекомендовано ежедневное посещение зала лечебной физкультуры и повторное ежеквартальное комплексное лечение с применением авторских тренажерных комплексов.

Литература

1. Пат. 2302854 Российская Федерация, МПК А 61 К8/92 Средство для массажа / А.В. Рогов. – № 2006103532/15; заявл. 06.02.2006; опубл. 20.07.2007, Бюл. № 20.
2. Пат. 48462 Российская Федерация, МПК А 47 D 13/04. Тренажер / А.В. Рогов, А.Ю. Власов, А.В. Поликарпов. – № 2005106584/22; заявл. 09.03.2005; опубл. 27.10.2005, Бюл. № 30.
3. Пат. 74809 Российская Федерация, МПК А 61 Р 15/00. Устройство для самомассажа / А.В. Рогов, А.Ю. Власов. – № 2007147292/22; заявл. 18.12.2007; опубл. 20.07.2008, Бюл. № 20
4. Пат. 49463 Российская Федерация, МПК А 47 D 13/04, А 63 D 23/04. Тренажер / А.В. Рогов, А.Ю. Власов, А.В. Поликарпов. – № 2005106585/22; заявл. 09.03.2005; опубл. 27.11.2005, Бюл. № 33.
5. Пат. 89402 Российская Федерация, МПК А 63 В 23/035 Тренажер Рогова / А.В. Рогов, А. Ю. Власов. – № 22009130204/22; заявл. 05.08.2009; опубл. 10.12.2009.27, Бюл. № 34.
6. Пат. 106546106546 Российская Федерация МПК: А 63 В Тренажер Рогова– Власова / / А.В. Рогов, А. Ю. Власов.– № 2010130710/22, опубл. 20.07.11



COMPLEX REABILITATION OF PATIENT WITH CHRONIC DEMILLENIZIRUESCHEY ENCEPHALOPATHY

A.V. ROGOV¹⁾

T. G. DOROSHEVA¹⁾

YE.I. NECHAYEVA²⁾

E.F. LEVICKII²⁾

V. K. PASHKOV²⁾

¹⁾The rehabilitation Center for children and teenagers with limited opportunities, Seversk

²⁾Siberian State Medical University

e-mail: rogovdoctor@gmail.com

The article describes the case of rehabilitation of patients with chronic encephalopathy demilenzirueschey. Used complex of rehabilitation measures have been improve the life quality of the patient.

Keywords: rehabilitation, neurological and orthopedic pathology.