



ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В НЕВРОЛОГИИ. ЧАСТЬ 2.

Чумаков Вячеслав Игоревич,
к.п.н., доцент



Вопросы лекции:

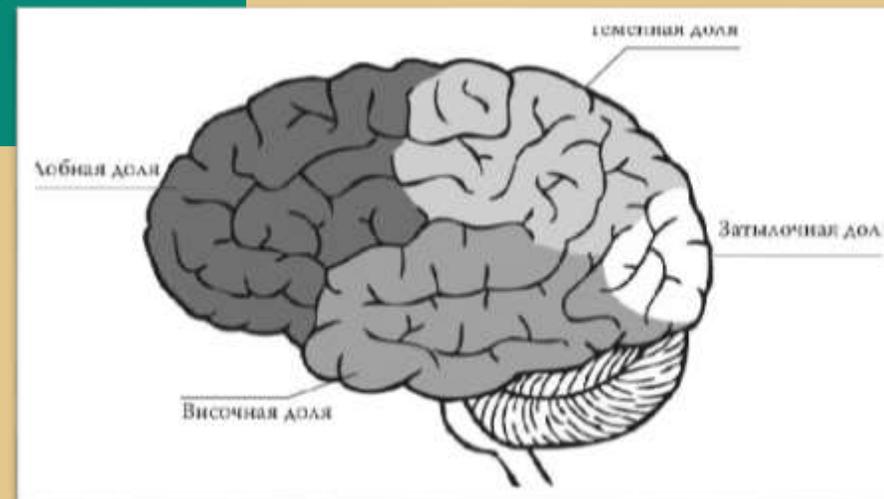
1. Виды речевых нарушений неврологических больных
2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного
3. Оценка качества жизни неврологических больных
4. Оценка реабилитационного потенциала неврологических больных
5. Виды массажа



1. Виды речевых нарушений неврологических больных

Речевые нарушения являются следствием поражения мозговых структур или органов артикуляции.

Речевая функция осуществляется при участии высших центров речи, расположенных в височной и лобной долях коры головного мозга, и исполнительных органов – голосовых связок, языка, губ и неба.





1. Виды речевых нарушений неврологических больных

При нарушении функции исполнительного аппарата речи возникает **ДИЗАРТРИЯ** – затруднение или невозможность произнесения слов вследствие неполного участия или недостаточной координации между собой губ, языка, неба.

Различают пять форм дизартрии:

- бульбарная (вялая)
- псевдобульбарная (спастическая)
- подкорковая (гипокинетическая)
- мозжечковая (атаксическая)
- гиперкинетическая





1. Виды речевых нарушений неврологических больных

При поражении лобной, височной и теменной долей доминантного полушария головного мозга возникает более серьезное нарушение речевой функции — **АФАЗИЯ**: системное нарушение спонтанной речи, приводящее к изменению личности больного и затруднению его коммуникативных возможностей.

Афазии нередко сочетаются с агнозией, апраксией, другими нарушениями высших корковых функций и депрессией.



1. Виды речевых нарушений неврологических больных

Все виды афазий можно условно разделить на две группы:

- 1) с нарушением продукции речи (эфферентная и афферентная моторная, динамическая);
- 2) с расстройством понимания устной и письменной речи (сенсорная, акустико-мнестическая, семантическая).

Согласно классификации А. Р. Лурия, выделяют семь форм афазии:

1. Эфферентная моторная
2. Динамическая
3. Афферентная моторная
4. Сенсорная
5. Акустико-мнестическая
6. Семантическая
7. Амнестическая

При сочетании у одного больного элементов разных форм афазии говорят о смешанной афазии.





1. Виды речевых нарушений неврологических больных

Степень выраженности афатических расстройств с позиции реабилитационной диагностики можно дифференцировать по пяти уровням:

- 0 — отсутствие речевого и психоэмоционального контакта с больным;
- 1 — значительные афатические расстройства — в отсутствии спонтанной речи возможен психоэмоциональный контакт с больным и выполнение им заданий окружающих;
- 2 — умеренная афазия с возможностью частичного слухоречевого контакта с больным;
- 3 — небольшие афатические проявления, выявляемые с помощью специальных тестов;
- 4 — отсутствие афазии.



1. Виды речевых нарушений неврологических больных



Резко затрудняет проведение восстановительных мероприятий и особенно активное участие в них больных **АПРАКСИЯ** – расстройство выработанной в результате жизненного опыта способности к целенаправленным действиям.

Выраженность нарушения праксиса можно градуировать по четырехбалльной шкале:

- 0 – грубая апраксия, резко ограничивающая социально-бытовую активность больного;
- 1 – умеренная с отчетливыми нарушениями, выявляющимися в ходе выполнения бытовых и трудовых навыков;
- 2 – легкая, определяется при специальном обследовании и существенно не влияет на социально-бытовую активность больных;
- 3 – отсутствие апраксии.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

Чем сильнее выражены нарушения социально-бытовой активности больного в момент начала лечения, тем более ограничена возможность его приспособления к окружающей среде и восстановления социального статуса в семье и обществе.

Уровень социально-бытовой активности больных, их социальное положение в обществе зависят от ряда обстоятельств: тяжести и характера неврологических расстройств, наличия реактивно-личностных нарушений, соматической отягощенности, давности поражения и возраста больных.

Важное значение имеет тяжесть неврологических расстройств: чем больше выражены двигательные, чувствительные и другие нарушения, шире их распространенность и взаимное сочетание, тем меньше уровень социально-бытовой активности больных.

Значительно отягощают состояние больных расстройства глубокой чувствительности, нарушение функции тазовых органов, расстройства психики и высших корковых функций.





2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного



В 1950-1970-е годы была разработана система оценочных шкал. Первой из них был «Индекс независимости в деятельности повседневной жизни», или «Индекс активной жизнедеятельности» (индекс АБТ — АЖД). С его помощью выяснялась возможность выполнения больным шести жизненно важных видов деятельности (функций): мытья в ванной/душе; одевания; туалета (опорожнения кишечника и мочевого пузыря, приведение после этого в порядок тела и одежды), перемещения из и в постель/инвалидное кресло, контроля за мочеиспусканием и питания.

Каждый из видов жизнедеятельности оценивался в трех градациях: выполнение без помощи, с посторонней помощью, невозможность выполнения.

Окончательный результат градуировался по семи степеням:

- А — полная независимость во всех шести видах деятельности;
- В — независимость в пяти из шести видов жизнедеятельности;
- С — независимость в выполнении четырех видов деятельности;
- Г — независимость в 3 видах деятельности;
- Е — независимость только в 2 видах деятельности;
- Е — независимость в выполнении только одного вида деятельности;
- С — полная зависимость в выполнении всех шести видов деятельности.

2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного



По мнению С. V. Granger, оценка функциональных возможностей больного до курса восстановительного лечения в 60 и более баллов свидетельствует о перспективности реабилитации, а оценка в 20 и менее баллов — о низком реабилитационном потенциале.

Модифицированный индекс Бартел (по С. V. Granger et al., 1979)

п/п	Виды бытовой деятельности	Оценка выполнения (в баллах)		
		Самостоятельно	С помощью	Полная зависимость
1	Прием пищи с использованием всех столовых приборов и в приемлемое время	10	5	0
2	Мытье в ванне/душе	5	0	0
3	Личный туалет (умывание лица, чистка зубов, причесывание, бритье)	5	0	0
4	Одевание и раздевание, включая застегивание пуговиц, использование подтяжек, надевание обуви	10	5*	0
5	Контроль дефекации	10	5 ^{***}	0
6	Контроль мочеиспускания	10	5 ^{***}	0
7	Посещение туалета	10	5	0
8	Перемещение с кровати, инвалидной коляски, стула	15	10	0
9	Мобильность (способность без посторонней помощи, включая и ходьбу с опорой на костыли или палку, преодолеть расстояние в 450–500 м)	15	10	5 ^{****}
10	Подъем и спуск по лестнице	10	5	0

* Выполнение половины задания в приемлемое время с частичной помощью (например, при надевании обуви или застегивании пуговиц).

^{***} Помощь в виде использования клизмы или сачка при дефекации, утки или судна — при мочеиспускании.

^{****} При неспособности ходить может передвигаться на расстояние до 450–500 м в инвалидной коляске.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

М.Е. Holbrook, С.Е. Skilbeck разработали **индекс активности Френчи (FAI)** с оценкой 15 видов деятельности, требующих от больного проявления инициативы и организационных возможностей внутри и вне дома. Не принимались во внимание пассивные виды занятости, такие как просмотр телепередач и чтение периодических изданий; в то же время регистрировалось чтение книг — вид деятельности, требующий концентрации внимания.

Оценка выполнения отдельных видов деятельности производилась по четырехбалльной системе не по качеству исполнения, а по частоте использования в течение последних 3 или 6 мес.

Итоговая оценка колеблется между 15 (малая активность) и 45 баллами (высокая активность).

2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного



Индекс активности Френчи (по М. Е. Holbrook, С. Е. Skilbeck, 1983)

п/п	Вид оцениваемой деятельности	Оценка (в баллах)
<i>В последние 3 мес.</i>		
1	Приготовление пищи с подготовкой и кулинарной обработкой продуктов	Для 1–2-го видов деятельности: 0 — никогда; 1 — реже одного раза в неделю; 2 — 1–2 раза в неделю; 3 — в большинство дней
2	Умывание с раздеванием, мытьем и вытиранием	
3	Стирка одежды, ручная или машинная, с ее последующей сушкой	Для 3–10-го видов деятельности: 0 — никогда; 1 — 1–2 раза в 3 мес.; 2 — 3–12 раз в 3 мес.; 3 — не менее одного раза в неделю
4	Легкая домашняя работа (вытирание пыли, приведение в порядок мелких вещей)	
5	Тяжелая домашняя работа, включая уборку постели, полов, передвижение стульев и др.	
6	Организация и осуществление покупок в магазинах, включая ходьбу до магазина	
7	Социальная активность (посещение клубов, церкви, кинотеатра, театра, кафе, организация обедов с друзьями и т. д.)	
8	Прогулки вне дома, включая хождение в магазины, длительностью более 15 мин и на расстояние 1,5–2,0 км	
9	Активные занятия хобби (уход за домашними растениями, вязание, рисование, игры, домашний спорт, коллекционирование)	
10	Передвижение в автомобиле с управлением им или в общественном транспорте	

<i>В последние 6 мес.</i>		
11	Автомобильные или железнодорожные путешествия, запланированные и организованные самим больным для получения удовольствия	0 — никогда; 1 — 1–2 раза за 6 мес.; 2 — 3–12 раз за 6 мес.; 3 — не менее 1 раза в неделю
12	Садоводство вне дома: легкое — одноразовая работа, среднее — регулярная нетяжелая работа (прополка, подрезание ветвей и др.), тяжелое — все работы, включая копание	Для 12–13-го видов деятельности: 0 — никогда; 1 — легкое; 2 — среднее; 3 — тяжелое
13	Ведение домашнего хозяйства/уход за автомобилем: легкое — небольшие работы, среднее — декор дома, обычный уход за автомобилем, тяжелое — большинство домашних работ, небольшой ремонт автомобиля	
14	Чтение книг достаточного объема (не периодики)	0 — никогда; 1 — одна за 6 мес.; 2 — менее одной за 2 нед.; 3 — более одной за 2 нед.
15	Оплачиваемая (не общественная!) работа	0 — нет; 1 — до 10 ч в неделю; 2 — 10–30 ч в неделю; 3 — более 30 ч в неделю



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

В обеспечении общей независимости хронически и тяжело больных существенное значение имеет уровень их мобильности. Поэтому иногда производится отдельная **шкальная оценка степени мобильности и качества ходьбы**.

Так, J. Bruell, J. Simon градуируют мобильность по 7 степеням:

- 1 — полная мобильность;
- 2 — активность, не превосходящая контактов по соседству;
- 3 — ограничение контактов по соседству;
- 4 — активность, ограниченная домом или одним этажом дома;
- 5 — мобильность в пределах одной комнаты;
- 6 — ограничение мобильности передвижением в инвалидном кресле;
- 7 — возможность перемещений только в постели.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

К. Andrews et al. считают возможным ограничиться **тремя степенями мобильности**: за пределами дома, в пределах дома, в инвалидном кресле и/или постели.

На сессии ВОЗ по контролю за инсультом и гипертензией (Гетеборг, 1971) была подчеркнута важность **самой возможности ходьбы**, а не ее скорость. Было рекомендовано различать **три степени ее сохранности**:

- 1 — возможность самостоятельной ходьбы без поддержки;
- 2 — ходьба с помощью и/или поддержкой;
- 3 — невозможность ходьбы.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

В последнее десятилетие все более широко используется **шкала функциональной независимости (Functional Independence Measurement - FIM)**. Опросник разработан Американской Академией физической медицины и реабилитации и состоит из 18 пунктов, отражающих оценку обслуживающим персоналом состояния двигательных функций, самообслуживания и контроля за тазовыми функциями (шкалы 1-13), а также состояния интеллектуальных возможностей больных (шкалы 14–18). Каждая функция градуируется по 7-балльной шкале:

- 7 — полная независимость — самостоятельное выполнение навыка в обычной манере с разумными затратами времени;
- 6 — ограниченная независимость — самостоятельное выполнение навыка, но либо очень медленно, либо с посторонним советом;
- 5 — минимальная зависимость — при выполнении действий необходимо наблюдение персонала либо начальная помощь (например, при надевании ортеза);
- 4 — незначительная зависимость — больной нуждается в некоторой помощи, но не менее 75 % задания выполняет самостоятельно;
- 3 — умеренная зависимость — больной выполняет 50-75 % задания самостоятельно;
- 2 — значительная зависимость — больной выполняет лишь 25-50 % необходимых действий;
- 1 — полная зависимость от окружающих — больной способен выполнить менее 25 % действий по осуществлению оцениваемого навыка.

Суммарная оценка колеблется в диапазоне от 18 до 126 баллов. Чем она выше, тем значительнее функциональная независимость больного в повседневной жизни.

2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного



I. Самообслуживание и мобильность (шкалы 1–13)

А. Самообслуживание:

- 1 — прием пищи с использованием всех столовых приборов;
- 2 — личная гигиена (умывание, чистка зубов, причесывание, макияж или бритье);
- 3 — принятие ванны или душа;
- 4 — одевание одежды на верхнюю часть тела, одевание протезов/ортезов;
- 5 — одевание одежды на нижнюю часть тела, надевание протезов/ортезов;
- 6 — туалет, использование туалетной бумаги и женских пакетов.

Б. Контроль над тазовыми функциями:

- 7 — контроль мочеиспускания, при необходимости — использование катетера, утки, судна;
- 8 — контроль акта дефекации, при необходимости — использование клизмы, калоприемника, судна.

В. Перемещение:

- 9 — кровать, стул, инвалидное кресло — способность вставать и садиться или ложиться на кровать;
- 10 — туалет — возможность садиться и вставать с унитаза;
- 11 — ванна, душ — возможность пользоваться кабиной для душа или ванной.

Г. Подвижность:

- 12 — ходьба/передвижение с помощью инвалидного кресла;
- 13 — подъем по лестнице (7 баллов — возможность подъема без посторонней помощи на 12–14 ступенек, 1 балл — невозможность преодолеть более четырех ступенек).

II. Интеллектуальные функции (шкалы 14–18)

А. Общение:

- 14 — восприятие внешней информации — понимание устной речи и/или письма;
- 15 — изложение собственных желаний и мыслей устным или письменным способом.

Б. Социальная активность:

- 16 — социальная интеграция — взаимодействие с членами семьи, медперсоналом и другими служащими;
- 17 — принятие решений — умение решать проблемы, связанные с финансовыми, социальными и личными потребностями;
- 18 — память — способность запоминать и воспроизводить полученную зрительную и слуховую информацию, возможность обучения и узнавания окружающих.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

Согласно рекомендациям ВОЗ от 1980 г., разработана **шкала социальных ограничений хронически больных и инвалидов — CHART**. Она включает оценку пяти видов социальной активности больных с максимальным результатом в 100 баллов для каждой из них:

- 1) занятость
- 2) физическая независимость
- 3) мобильность
- 4) социальная интеграция
- 5) экономическая самообеспеченность



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

На совещании экспертов ВОЗ в 1978 г. была предложена ступенчатая оценка трудоспособности больных и рекомендуемого образа жизни.

Степени трудоспособности:

класс 1 — полная независимость в повседневной жизни с нормальным выполнением основных задач; способность вернуться на прежнее место жительства и к своей работе без каких-либо изменений;

класс 2 — полунезависимость — нужда в определенной помощи в повседневной жизни и/или небольшое ограничение основной деятельности; зачастую необходимость некоторых изменений в работе по прежней специальности;

класс 3 — полузависимость — необходимость в существенной помощи в повседневной жизни и/или значительное ограничение основной деятельности и/или невозможность возвращения к прежней работе и необходимость выбора подходящего занятия;

класс 4 — полная зависимость в повседневной жизни и/или неспособность справляться с основными занятиями и/или утрата профессиональных возможностей.

Рекомендуемый образ жизни:

класс А — без ограничений;

класс Б — легкие ограничения — требуется периодическое наблюдение и/или изменение условий жизни и/или периодический медицинский уход;

класс В — выраженные ограничения — необходимость тщательного наблюдения и/или помощи медицинских работников либо других лиц и/или постоянная возможность получения врачебной помощи.

класс Г — тяжелые ограничения — необходимость постоянного присутствия другого лица и/или возможность получения немедленной медицинской помощи.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

В 1977 г. и более детально в 1982 г. выделено пять степеней нарушения социально-бытовой и профессиональной активности.

Для каждой из них есть свои конкретные задачи, состав и последовательность реабилитационной программы, направленной на постепенное уменьшение зависимости больного от постороннего ухода и обслуживания и активизацию его участия в общественно-полезном труде.





2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

I степень нарушения социально-бытовой активности характеризуется небольшими неврологическими расстройствами — легкое снижение мышечной силы, начальные координаторные расстройства, проявляющиеся замедлением выполнения тонких кистевых манипуляций при отключении зрения, легкий тремор конечностей при утомлении и психоэмоциональных нагрузках, парестезии в дистальных отделах конечностей. Амплитуда активных движений в полном объеме, стереотип ходьбы не изменен. Сохраняется трудоспособность больных на прежнем рабочем месте, кроме профессий, требующих повышенной физической выносливости и постоянного напряжения внимания, хотя ряд трудовых операций может выполняться в замедленном темпе (но не более чем в 1,5-2,0 раза медленнее по сравнению со здоровыми людьми).

Задачей реабилитационной программы является трудотерапевтическая тренировка с целью повышения профессиональной выносливости и полного восстановления социального положения больного в обществе и семье. При невозможности труда, выполнявшегося до болезни, — профессиональное переучивание с учетом личных интересов, физических возможностей и предшествующего профессионального опыта.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

II степень нарушения социально-бытовой активности характеризуется легкими неврологическими расстройствами, имеющими при паркинсонизме диффузный характер, а при большинстве других заболеваний преимущественно локальный: дистальные — при центральных и афферентных парезах, полиневропатиях, амиотрофиях, мононевропатиях; проксимальные — при миопатии, последствиях полиомиелита и клещевого энцефалита. Наблюдается заметное снижение силы и повышение утомляемости мышц; передвижение без посторонней помощи и без ортопедической зависимости как в помещении, так и вне него, но с отчетливым патологическим типом походки. Больные полностью себя обслуживают, активно участвуют в общесемейном труде на дому, посещают магазины и коммунальные предприятия, оказывая помощь нетрудоспособным и занятым на производстве членам семьи. Часть больных может заниматься общественно-полезным трудом при условии усиленного зрительного и психологического самоконтроля и облегчения его характера (сокращение продолжительности рабочего времени, надомный труд, низкоквалифицированная работа в спеццехах или мастерских).

Задачей реабилитационной программы является восстановление трудоспособности больных путем профориентации и профессионального переучивания для вовлечения их в общественно-полезный труд.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

III степень нарушения социально-бытовой активности включает умеренно выраженные неврологические расстройства (изменение позы, походки и почерка, тремор, спастичность, ригидность или гипотония мышц, чувствительные и реактивно-личностные нарушения) без грубых деформаций опорно-двигательного аппарата и при сохранении активных движений как в проксимальных, так и в дистальных суставах, а также речевого и/или эмоционального контакта с окружающими. Передвижение в помещении возможно без посторонней помощи и ортопедической зависимости, вне помещения — с помощью палки или костылей при резко патологическом типе походки. При поясничном остеохондрозе в условиях функциональной нагрузки необходимо использование корсета. Больные нетрудоспособны, себя обслуживают частично и лишь при усилении зрительного и психологического самоконтроля. Затруднены дифференцированные манипуляции кистями рук (застегивание пуговиц и молний, зашнуровывание обуви, рисование, шитье, письмо и т. д.) и быстрое выполнение заданий.

Задачей реабилитационной программы является достижение полного самообслуживания для высвобождения работоспособных членов семьи, а в ряде случаев — и участие в общесемейном домашнем труде. Основные методические приемы: тренировка координации движений и мышечной выносливости, последовательное обучение пользованию столовыми и бытовыми приборами при повседневном и разнообразном психотерапевтическом воздействии — групповом, индивидуальном и семейном.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

IV степень нарушения социально-бытовой активности характеризуется резко выраженными неврологическими расстройствами с сохранением в большинстве случаев произвольных движений преимущественно в проксимальных суставах и лишь глобальных двигательных актов, направленных на изменение положения тела, а иногда — на удержание двумя руками крупных предметов. Наблюдаются резко выраженные спастичность, ригидность или дегенерация большинства мышечных групп, тяжелые афферентные парезы, анозогнозия, грубый тремор, гиподинамия. Нередки деформация крупных суставов, тазовые и вегетативнотрофические расстройства, нерезко выраженные нарушения высших корковых функций и психики, соматическая отягощенность. Частичный или полный речевой или эмоциональный контакт с больными обычно сохранен. Ортопедическая зависимость больных: при передвижении используются палки, костыли, ходилки, инвалидные кресла, ортопедическая обувь, корсеты. Хождение с помощью членов семьи или обслуживающего персонала в пределах палаты или квартиры возможно лишь в части случаев. Больные нетрудоспособны, сохраняются отдельные элементы частичного самообслуживания — изменение позы в постели/кресле, участие в одевании и питании, осуществляемые при помощи окружающих.

Задачей реабилитационной программы является достижение полноценного частичного самообслуживания (самостоятельное питание, туалет, переодевание и т. д.), а в некоторых случаях — и полного самообслуживания, уменьшение степени ортопедической зависимости.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

У степень нарушения социально-бытовой активности характеризуется тяжелейшими неврологическими расстройствами. Наблюдается геми- и тетраплегии с резко выраженной спастичностью мышц, неконтролируемые тазовые расстройства, утрата мышечно-суставного чувства с грубым афферентным парезом, дегенерация значительного количества скелетных мышц, деформация позвоночника и конечностей, грубый гиперкинез и резкая гиподинамия, препятствующие изменению положения тела. Тяжесть состояния часто усугубляется нарушениями высших корковых функций (апраксией, афазией, деменцией), изменениями личности и психики, сопутствующими декомпенсированными заболеваниями внутренних органов, тазовыми и вегетативно-трофическими расстройствами. Типична полная утрата самообслуживания и трудоспособности, необходим постоянный посторонний уход.

Задачами реабилитационной программы является стабилизация патологического процесса, улучшение общего состояния больных, попытка достичь частичного самообслуживания.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

У больных с преобладанием **вегетативно-сосудистых расстройств** (поражение богатых вегетативными волокнами нервов, вегетативные полиневропатии, болезнь Рейно, мигрень, спондилогенная дисциркуляторная энцефалопатия в вертебрально-базилярном бассейне) целесообразно выделить **три степени нарушения социально-бытовой активности.**





2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

I степень нарушения социально-бытовой активности — состояние компенсации — характеризуется нерезкими проявлениями заболевания с редкими и легко купируемыми кризами. Трудоспособность больных сохраняется при исключении неблагоприятных условий труда (тяжелой физической нагрузки, высокого темпа работы, вынужденной позы, длительных ходьбы или стояния, резких температурных колебаний, вибрации, психотравмирующей обстановки).

Больные нуждаются в проведении периодических курсов лечения, предотвращающих обострения.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

II степень нарушения социально-бытовой активности — состояние субкомпенсации — характеризуется частыми обострениями заболевания, сохранением неврологических расстройств в межприступный период, значительным снижением функциональных возможностей человека. Самообслуживание больных сохранено, трудоспособность ограничена — труд возможен в облегченных условиях (например, исключить холод и вибрацию при болезни Рейно и невралгии тройничного нерва; общий перегрев, шум и чрезмерно яркую освещенность — при мигрени; холод, вибрацию, химические вредности и тяжелую физическую нагрузку — при вегетативной полиневропатии и т. д.).

Задачей реабилитационной программы является устранение имеющихся неврологических расстройств и увеличение трудоспособности больных.



2. Оценка социально-бытовой активности неврологического больного

III степень нарушения социально-бытовой активности — состояние декомпенсации — характеризуется очень частыми кризами и осложнениями из-за резко выраженных неврологических расстройств и прежде всего вегетативно-трофических и сосудистых; больные нетрудоспособны, и их самообслуживание ограничено.

Задачами реабилитационной программы являются улучшение неврологического и общесоматического состояния, достижение полного самообслуживания, а в некоторых случаях — привлечение к общественно-полезному труду.



3. Оценка качества жизни неврологических больных

Наряду с разносторонней объективной оценкой состояния больных в процессе реабилитации в последние десятилетия все большее значение придается самооценке больными своего физического и психологического здоровья, уровня социальных контактов, положения в семье и обществе в целом, финансовой независимости и способности удовлетворять свои потребности во всех аспектах жизни. Установлено также, что высокое качество жизни (КЖ) приводит к увеличению ее количества — продолжительности активной жизни.

Для большей объективизации самооценки качества жизни разработан ряд стандартизованных опросников с градуированными ответами на каждый из вопросов.

Существуют и специальные опросники для оценки КЖ при отдельных заболеваниях нервной системы: эпилепсии, рассеянном склерозе и др. В настоящее время наиболее широко используется состоящий из 100 пунктов опросник, разработанный под эгидой ВОЗ одновременно в 15 странах — ВОЗКЖ-100.





3. Оценка качества жизни неврологических больных

Для оценки КЖ больными нервно-психического профиля в динамике реабилитации наиболее подходит модификация Санкт-Петербургского психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева. В ее рамках по 5-балльной шкале больные оценивают 24 субсферы (всего 96 вопросов), объединенные в шесть крупных сфер:

- 1) физические функции — физическая боль и дискомфорт, жизненная активность, энергия и усталость, сон и отдых;
- 2) психологическая сфера — положительные эмоции; мышление, обучаемость, память и концентрация внимания; самооценка; образ тела и внешность; отрицательные эмоции;
- 3) уровень независимости — мобильность, способность выполнения повседневных дел, зависимость от лекарств и лечения, способность к работе;
- 4) социальные отношения — личные отношения, практическая социальная поддержка, сексуальная активность;
- 5) окружающая среда — физическая безопасность и защищенность, окружающая среда дома, финансовые ресурсы, доступность и качество медицинской и социальной помощи, возможности для приобретения новой информации и навыков, возможности для отдыха и развлечений, окружающая среда вокруг (загрязненность/шум /климат /привлекательность), транспорт;
- 6) духовная сфера — духовность /религия /личные убеждения.



3. Оценка качества жизни неврологических больных

Кроме того, предлагается еще **четыре дополнительных вопроса** для самооценки **общего качества жизни и здоровья в целом.**

Больные отвечают на вопросы по 5-балльной системе в рамках четырех типов шкал:

- шкалы интенсивности с оценкой степени выраженности какого-либо состояния или ситуации;
- шкалы способности к проявлению различных чувств или поступков;
- шкалы частоты проявления или обычности каких-либо действий, поведения или состояния;
- шкалы оценки респондентом своего состояния, способностей или поведения.

После обработки полученных анкет по каждой из шести сфер и затем по общей оценке качества жизни получают средние цифровые значения: очень плохое КЖ — 4-6 баллов, плохое — 7-10, среднее — 11-13, хорошее — 14-17 и очень хорошее КЖ — 18—20 баллов.





4. Оценка реабилитационного потенциала неврологических больных



Реабилитационный потенциал — это потенциальные возможности больного мобилизовать при содействии реабилитационных служб и общества в целом биологические, мотивационно-психологические и социально-трудовые резервы организма для восстановления здоровья, бытовой и профессиональной трудоспособности, личностного статуса в семье и обществе.



4. Оценка реабилитационного потенциала неврологических больных

Реабилитационный потенциал можно рассматривать как **трехуровневую систему**:

- **уровень 1-го порядка** — **биологический (саногенетический) потенциал** — возможности реституции, регенерации или компенсации анатомических, физиологических, функциональных и психических нарушений;
- **уровень 2-го порядка** — **потенциал ресоциализации личности хронически больного или инвалида** — возможность в условиях болезни или ее последствий восстановления или компенсации разнообразных проявлений активной жизнедеятельности, т. е. адекватного поведения и ориентации, самообслуживания, передвижения, способности к обучению, общению, трудовой деятельности, рекреации и творчеству;
- **уровень 3-го порядка** — **потенциал социальной реинтеграции в общество больного или инвалида** — возможности индивидуума к возобновлению привычного для его (ее) пола, возраста, уровня и характера образования, социального положения и личных интересов образа жизни и восстановления доболлезненного, статуса в обществе, экономической и юридической самостоятельности, вместе и наравне со здоровыми людьми.



4. Оценка реабилитационного потенциала неврологических больных

Прогностически благоприятные общебиологические и социально-психологические факторы:

- сохранение достаточно высокого уровня проявлений активной жизнедеятельности (индекс Бартел — 60 и более баллов);
- отсутствие серьезных общих заболеваний в фазе декомпенсации, осложняющих проведение реабилитационных мероприятий;
- стеничный характер больного, обеспечивающий активное участие в достижении поставленных целей;
- адекватная шкала ценностей, широта круга интересов, высокая самооценка и значительный уровень претензий пациента;
- достаточный интеллектуальный и эмоциональный потенциал, сохранность когнитивных способностей, стойкая социальная и трудовая установка;
- возможность ситуационной коррекции поведения, претензий и установок.

Кроме общих прогностических предпосылок при каждом заболевании нервной системы есть и свои **специфические факторы**, делающие прогноз более или менее оптимистичным.



4. Оценка реабилитационного потенциала неврологических больных



Анализ анамнестических данных, тщательная клинико-функциональная оценка состояния больных позволяет установить величину реабилитационного потенциала и составить реабилитационный прогноз. Это, в свою очередь, дает возможность поставить и успешно решить реальные задачи многоэтапного восстановительного лечения каждого больного, достичь оптимального уровня медико-социальной реабилитации и улучшить качество его жизни.



5. Виды массажа

Лечебный массаж – это механическое воздействие на поверхностные и глубже лежащие тканей организма с лечебной целью. В восстановительной неврологии различные виды массажа используются практически при всех заболеваниях нервной системы.

Наиболее часто применяются следующие **основные виды лечебного массажа**:

- европейский классический
- сегментарный
- восточный рефлексорный



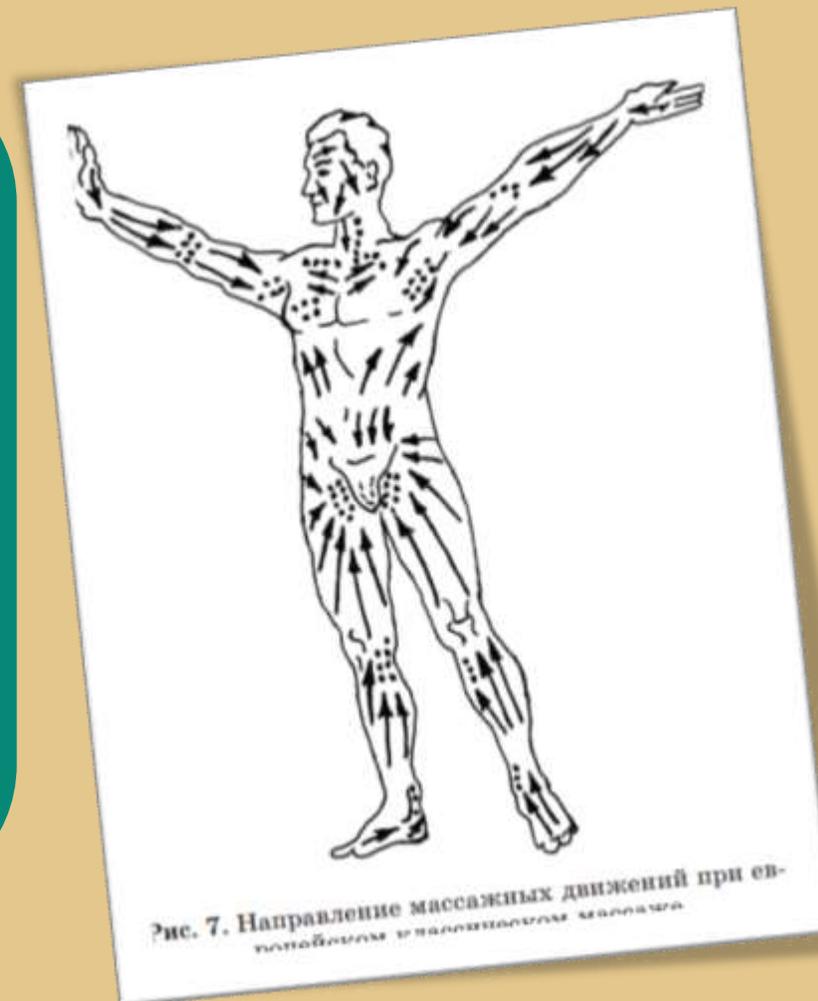
5. Виды массажа

КЛАССИЧЕСКИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ МАССАЖ

Методика классического европейского массажа разработана в конце XIX и начале XX века И. В. Заблудовским, О. Газзаг и др. В России в настоящее время принята классификация приемов классического массажа, предложенная А. Ф. Вербовым.

Различают **четыре основных приема**, и в каждом из них существует несколько вариантов вспомогательных приемов:

- поглаживание
- растирание
- разминание
- вибрация





5. Виды массажа

КЛАССИЧЕСКИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ МАССАЖ

ПОГЛАЖИВАНИЕ — наиболее древний, часто употребляемый и одновременно самый нежный прием массажа, состоящий в медленном скольжении руки по коже без ее сдвигания и оказывающий преимущественное влияние на кожу, подкожную клетчатку и поверхностные кровеносные и лимфатические сосуды.

При воздействии на рефлексогенные зоны с помощью этого приема можно влиять на функциональное состояние центральной нервной системы и внутренних органов. Именно этим приемом обычно начинается и завершается сеанс массажа. Поглаживание производится с помощью мякоти (пульпы) одного или нескольких пальцев кисти, ладонью или ее частью (область тенара или гипотенара), тылом пальцев или кисти.



Основные виды поглаживания:

- плоскостное поверхностное
- глубокое обхватывающее
- непрерывное
- прерывистое

Вспомогательные приёмы поглаживания:

- щипцеобразное
- гребнеобразное
- граблеобразное
- крестообразное



5. Виды массажа

КЛАССИЧЕСКИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ МАССАЖ

РАСТИРАНИЕ — более энергичный прием с передвижением, смещением или растяжением тканей, обладающий рассасывающим, седативным или стимулирующим действием и обеспечивающий приток крови к массируемой области.

Растирание производится с помощью одного или нескольких пальцев — при воздействии на небольшие поверхности, а ладонью, основанием кисти, кулаком, локтевым краем предплечья — при массаже больших поверхностей или областей с мощными мышцами. Прием может выполняться одной или двумя руками.

По направлению движение может быть прямолинейным, круговым или спиралеобразным.

Вспомогательные приемы растирания:

- граблеобразное дистальными концами основных фаланг
- штрихование находящимися под углом 30° подушечками пальцев
- строгание пальцами одной или обеих рук и пиление локтевым краем кисти



5. Виды массажа

КЛАССИЧЕСКИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ МАССАЖ

РАЗМИНАНИЕ — прием, направленный на тонизацию ослабленных мышц путем их оттягивания, сдавливания, «отжимания» и перетирания между пальцами и кистями.

Центральный прием в процедуре массажа, занимающий около половины затрачиваемого на процедуру времени. Прием чаще выполняется двумя руками.



Основные виды разминания:

- непрерывное
- прерывистое
- продольное
- поперечное

Вспомогательные приёмы разминания:

- валяние
- сдвигание
- растяжение
- надавливание



5. Виды массажа

КЛАССИЧЕСКИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ МАССАЖ

ВИБРАЦИЯ — вызываемые руками массажиста колебательные движения различной частоты, интенсивности и амплитуды в обрабатываемой части тела больного. В связи с упругостью тканей возникающие колебания распространяются вширь и вглубь, оказывая рефлекторное влияние на нервные рецепторы, сосуды и внутренние органы.

На маленьких площадях вибрация производится мякотью одного, двух или нескольких пальцев, на больших — всей ладонью, основанием или локтевым краем кисти, кулаком, одной или обеими руками.



Виды вибрации:

- непрерывная (потряхивание, сотрясение, встряхивание)
- прерывистая (пунктирование, поколачивание, похлопывание, рубление)



5. Виды массажа

КЛАССИЧЕСКИЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ МАССАЖ

Приемы классического европейского массажа в той или иной форме применяются при большинстве заболеваний нервной системы.

Болезни нервной системы, при которых назначение классического массажа нецелесообразно:

- **Заболевания головного и спинного мозга, сопровождающиеся развитием спастических параличей:** центральные гемипарезы после инсульта, черепно-мозговой травмы и энцефалита, детский церебральный паралич, последствия заболеваний и травм спинного мозга с нижним спастическим парапарезом. Применение классического массажа с неизбежностью увеличивает в таких случаях спастичность мышц.
- Не следует назначать жесткие приемы классического массажа (прерывистое разминание и вибрацию, энергичное растирание) **при интенсивных болях:** невралгиях тройничного нерва и крылонобного узла, невралгии срединного нерва и фантомных болях, в острой стадии рефлекторных и корешковых синдромов остеохондроза позвоночника из-за возможности обострения болевого синдрома.
- Применение классического массажа **при невралгии лицевого нерва** также нецелесообразно из-за возможности перерастяжения ослабленных мимических мышц или формирования осложненной формы болезни с гиперкинезами и патологическими синкинезиями.

Во всех этих случаях показано назначение рефлекторного точечного, а иногда и линейного массажа.

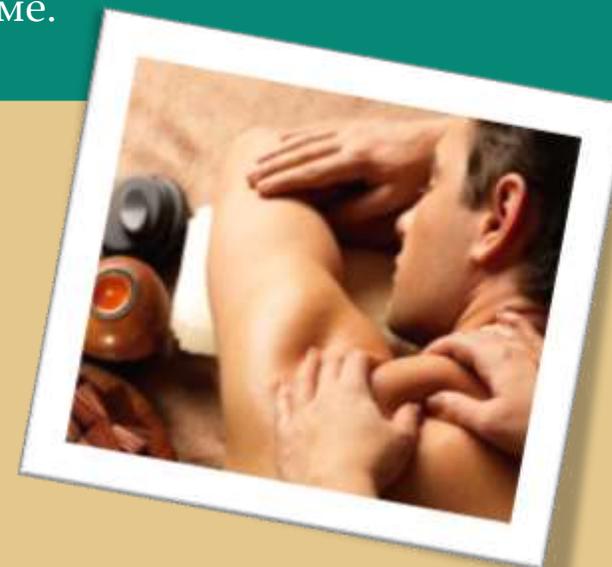


5. Виды массажа

РЕФЛЕКТОРНО-СЕГМЕНТАРНЫЙ МАССАЖ

Любое заболевание не ограничивается локальными проявлениями, всегда одновременно вызывая рефлекторные изменения в частях тела и тканях, иннервируемых из одних и тех же сегментов спинного мозга. (Г.А. Захарьин, Н. Head)

Рефлекторно-сегментарным массажем можно назвать тот его вид, который через механическое воздействие на сегментарный аппарат (кожу, подкожную соединительную ткань, мышцы) оказывает влияние на патологический очаг во внутренних органах, в центральной и периферической нервной системе.





5. Виды массажа

РЕФЛЕКТОРНО-СЕГМЕНТАРНЫЙ МАССАЖ

Основоположником учения о целесообразности воздействий физическими факторами, в том числе и путем массирования, на определенные области с обильной вегетативной иннервацией был **А. Е. Щербак**.

Школой А. Е. Щербака было показано, что при лечении болезней нервной системы наиболее эффективно воздействие на две зоны:

- 1) шейно-затылочную и верхнегрудную, названную А. Е. Щербак «воротниковой»
- 2) пояснично-крестцовую



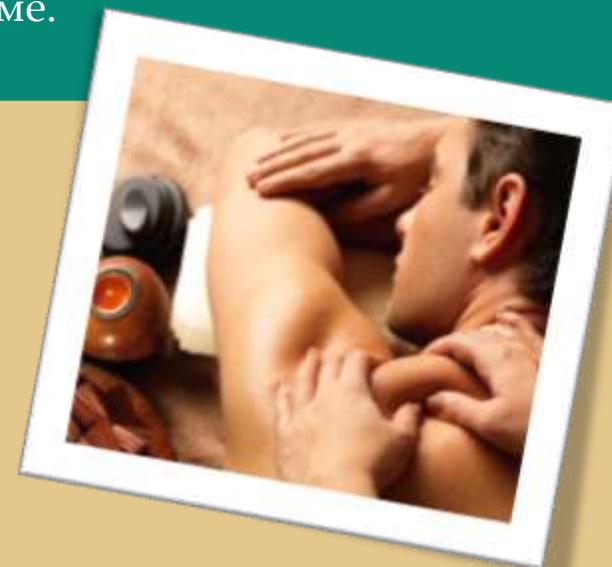


5. Виды массажа

РЕФЛЕКТОРНО-СЕГМЕНТАРНЫЙ МАССАЖ

Любое заболевание не ограничивается локальными проявлениями, всегда одновременно вызывая рефлекторные изменения в частях тела и тканях, иннервируемых из одних и тех же сегментов спинного мозга. (Г.А. Захарьин, Н. Head)

Рефлекторно-сегментарным массажем можно назвать тот его вид, который через механическое воздействие на сегментарный аппарат (кожу, подкожную соединительную ткань, мышцы) оказывает влияние на патологический очаг во внутренних органах, в центральной и периферической нервной системе.





5. Виды массажа

РЕФЛЕКТОРНО-СЕГМЕНТАРНЫЙ МАССАЖ

Основные системы рефлекторно-сегментарного массажа были разработаны в середине XX века в Германии. Характер применяемых при массаже приемов во многом зависит от типа возникающих при различных заболеваниях рефлекторных изменений в покровных тканях (коже, подкожной соединительной ткани) и мышцах.

Чаще других используются методики **соединительно-тканного массажа по Н. Leube, E. Dicke** (приём штрихового растирания) и **рефлекторно-сегментарного массажа по O. Glaser, A. W. Dalicho**

Рефлекторно-сегментарный массаж основан на факте существования единой функциональной системы из трех взаимосвязанных частей: кожных покровов, более глубоко расположенных сегментарных тканей и внутренних органов, причем состояние каждой из этих частей влияет на две другие. Именно поэтому послойный сегментарный массаж может и должен использоваться для рефлекторного воздействия на патологические очаги в различных органах и системах.

В процессе рефлекторно-сегментарного массажа используются **все основные приемы классического европейского массажа** (поглаживание, растирание, разминание, вибрация), **часть вспомогательных** (валяние, штрихование, смещение, сотрясение) и **специальные приемы**: сверление, перемещение, подлопаточный, межкостистоотростковый, натяжение, сотрясение тазовых органов, прием пилы

5. Виды массажа

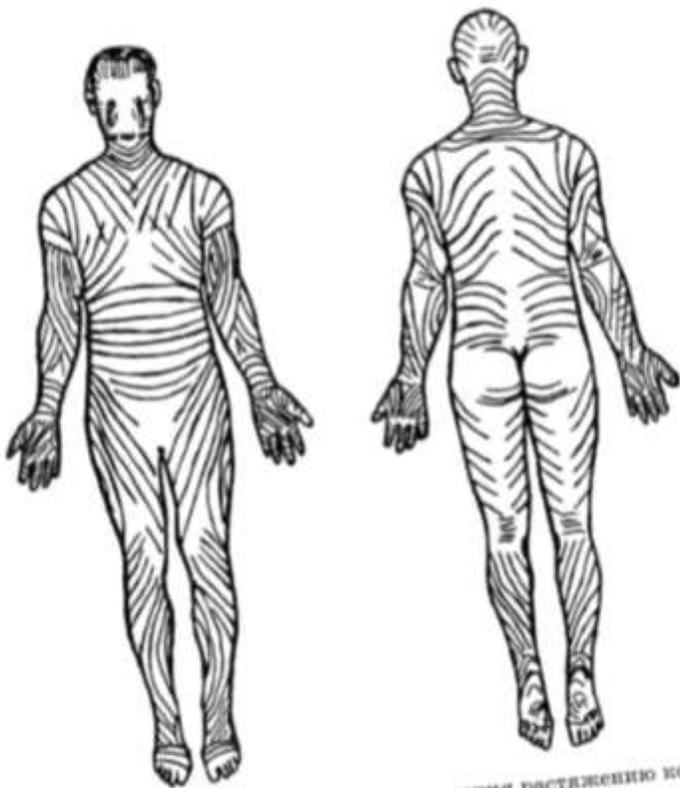


Рис. 8. Линии наибольшего сопротивления растяжению кожи
Бенингофа

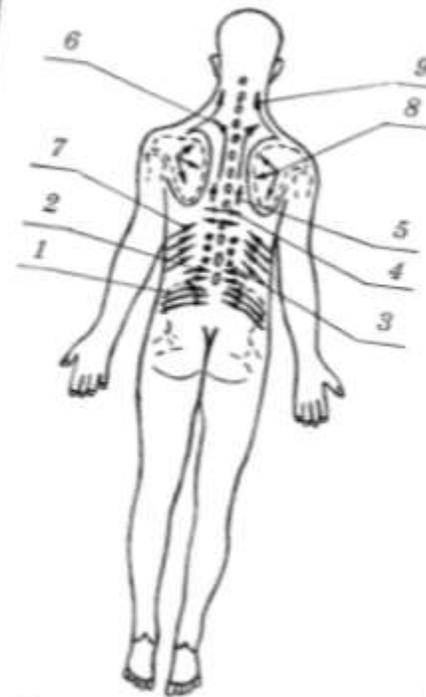


Рис. 9. Последовательность этапов сегментарного массажа (1-9, по О. Глзег и А. В. Далicho, 1962)



5. Виды массажа

РЕФЛЕКТОРНО-СЕГМЕНТАРНЫЙ МАССАЖ

Показания к назначению рефлекторно-сегментарного массажа в неврологии:

- головные боли, особенно сосудистого генеза
- остеохондроз позвоночника любого уровня с неврологическими проявлениями
- полиневропатии
- вибрационная болезнь





5. Виды массажа

ТОЧЕЧНЫЙ И ЛИНЕЙНЫЙ МАССАЖ

По представлениям древневосточной медицины, все более подтверждаемым современными исследованиями, гармоничное взаимодействие в организме человека отдельных его частей и систем внутренних органов обеспечивается, в первую очередь, циркуляцией энергии по системе так называемых меридианов (каналов). А точки акупунктуры (ТА) — это особые образования, находящиеся на глубине от 3—5 мм до нескольких сантиметров от поверхности кожи и служащие для восприятия или излучения энергии окружающей среды, ее накопления, хранения и передачи в нервные центры и внутренние органы через систему меридианов. Согласно современным представлениям, деятельность меридианов находится под контролем коры и подкорковых центров головного мозга.

Рефлекторный точечный и линейный массаж во многих случаях имеет преимущества по сравнению с классическим европейским. С его помощью достигается значительно большая прицельность воздействия на болевые зоны и на мышцы с повышенным тонусом и дифференцирование приемов массажа в разные периоды болезни с оказанием, по необходимости, как тормозного, так и стимулирующего влияния на состояние нервной, мышечной и сосудистой систем. Точечный массаж позволяет в рамках одного сеанса добиваться значительного уменьшения болей, а также расслаблять одни мышцы и тонизировать другие. При многих заболеваниях точечный и линейный массаж хорошо сочетается с классическим и сегментарным.



5. Виды массажа

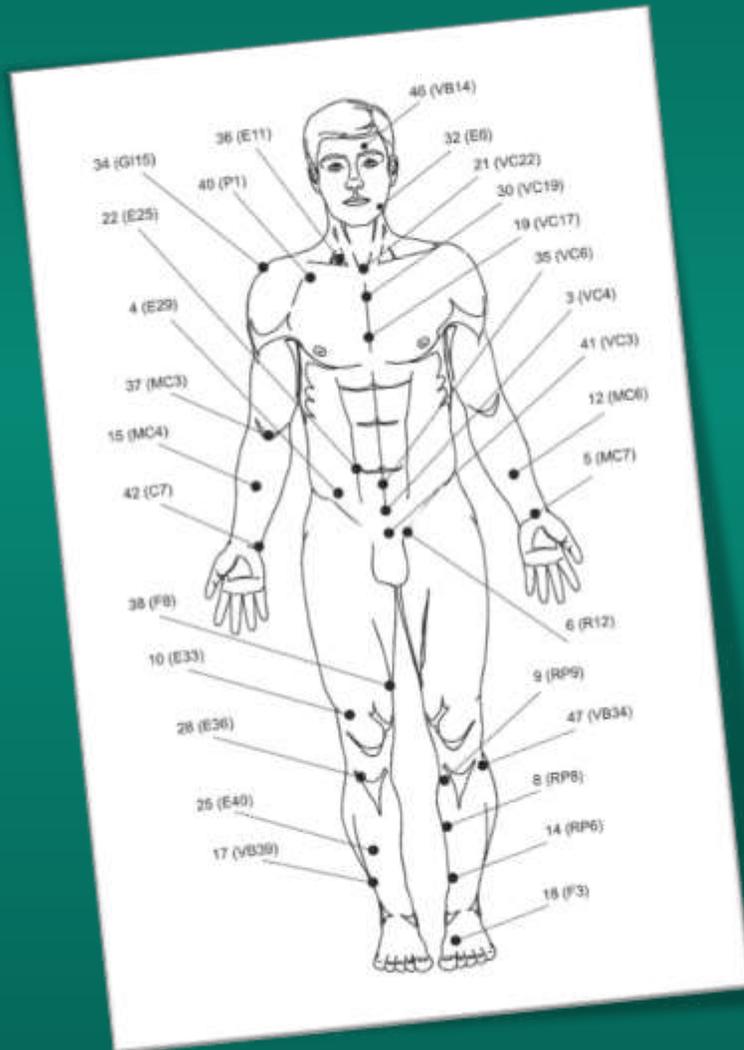


Рис. 10. Инструменты для точечного и линейного массажа

ТОЧЕЧНЫЙ И ЛИНЕЙНЫЙ МАССАЖ

Выделяют четыре типа точек акупунктуры:

- местные (локальные)
- сегментарные
- точки широкого спектра действия
- отдалённые точки различных меридианов

Массирование ТА может быть ручным (мануальным) или воспроизводиться с помощью специальных инструментов (например, палочки)



5. Виды массажа

МЕТОДИКИ ТОЧЕЧНОГО И ЛИНЕЙНОГО МАССАЖА:

- тормозная (успокаивающая, седативная)
- тонизирующая (стимулирующая, возбуждающая)





5. Виды массажа



ОСНОВНЫЕ ПРИЁМЫ ТОЧЕЧНОГО МАССАЖА:

По направлению приложения силы приемы точечного массажа можно разделить на касательные к поверхности кожи (поглаживание, растирание, захватывание и пощипывание, толкание кончиком пальца) и направленные в глубь тканей — перпендикулярные (разминание, надавливание, вибрация, постукивание и похлопывание, пальцевое вонзание).

Все приемы можно условно разделить на три группы:

- 1) универсальные (поглаживание, растирание, разминание);
- 2) тормозные (надавливание, захватывание и пощипывание, вибрация);
- 3) стимулирующие (тонизирующие) (постукивание и похлопывание, толкание кончиком, пальцевое вонзание)

Три универсальных приема могут по желанию массирующего, оказывать тормозное или тонизирующее действие.



5. Виды массажа

ОСНОВНЫЕ ПРИЁМЫ ЛИНЕЙНОГО МАССАЖА:

Различают приемы универсального назначения и обладающие тонизирующим эффектом.

К универсальным приемам относятся:

- линейное поглаживание
- надавливание
- растирание

Различают три основных приема тонизирующего действия:

- пиление
- вибрационное пощипывание
- поколачивание и постукивание





5. Виды массажа

ТОЧЕЧНЫЙ И ЛИНЕЙНЫЙ МАССАЖ

Точечный и линейный массаж целесообразно сочетать как в курсе лечения, так и в единой процедуре. Сеанс чаще начинают с массирования точек, а затем осуществляют прохождение избранных линий, причем методика обоих видов массажа должна быть однонаправленной: либо тормозной, либо стимулирующей.

В ряде случаев перед первым прохождением линии целесообразно промассировать точку в ее начале, а после завершения линейного массажа можно обработать конечную ТА.

В процессе лечения изменяется количество массируемых в одну процедуру ТА: в первый сеанс — 3-4 точки, затем их количество увеличивается до 6-12 при тормозной методике или 4-8 — при стимулирующей. В случае сочетания в единой процедуре точечного массажа с линейным и классическим число обрабатываемых ТА уменьшается. При тормозном воздействии процедуры желательно проводить ежедневно (а при спастических параличах и интенсивных болевых синдромах — и 2 раза в сутки), при тонизирующем — через 1—2 дня. Курс лечения при большинстве заболеваний состоит из 10—15 процедур, а при спастических параличах — из 15-20. В случае необходимости курс лечения повторяют через 12—15 дней.



5. Виды массажа

Сочетание и комбинирование точечного и линейного массажа с другими немедикаментозными методами лечения повышает его эффективность. Под сочетанием понимается одновременное воздействие двух или нескольких физических факторов на одну зону, а под комбинированием — их раздельное применение в течение одного дня или путем чередования через день.

Сочетание в единой процедуре точечного массажа с лечебной физкультурой показано при центральных спастических параличах церебрального и спинального генеза у взрослых и при детском церебральном параличе. При периферических параличах, неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника, с спазмом и других профессиональных дискинезиях эти два лечебных фактора комбинируют. В начальной стадии невралгии лицевого нерва наряду с рефлекторным массажем специальный комплекс лечебной гимнастики для тренировки ослабленных мимических мышц после соответствующего инструктажа проводится перед зеркалом самим больным два раза в день.





5. Виды массажа



Сочетание точечного массажа с классическим европейским целесообразно при лечении неврастении, неврологических проявлений остеохондроза позвоночника любого уровня и вялых параличей. Оптимальная последовательность сочетанного массажа: процедуру чаще начинают с мягких классических приемов (поглаживания, растирания), затем проводят точечный и линейный массаж и заканчивают сеанс повторением классических приемов.



5. Виды массажа



Теплолечебные процедуры — парафиновые или озокеритовые аппликации — могут предшествовать точечному массажу при центральных спастических параличах, детском церебральном параличе, умеренно выраженных болевых синдромах остеохондроза позвоночника, осложненных формах невралгии лицевого нерва, при полиневропатиях, ишемическом спазме и других профессиональных дискинезиях. Теплолечение особенно повышает эффективность точечного массажа и ЛФК при центральных параличах с высоким мышечным тонусом.

Лечение положением с помощью лонгеток, мешочков с песком, специальных шин и ортопедических аппаратов целесообразно проводить сразу после окончания сеанса точечного или сочетанного массажа при лечении больных с центральными параличами, детским церебральным параличом, ранними последствиями полиомиелита, невропатиях малоберцового и лучевого нервов, некоторых формах полиневропатий.



ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ЕСТЬ ЛИ У ВАС КАКИЕ-ЛИБО ВОПРОСЫ?

**Чумаков Вячеслав Игоревич,
к.п.н., доцент**