

ЛЕКЦИЯ № 19 - Реабилитация детей при заболеваниях

МДК.02.02.
Основы
реабилитации

Цели лекционного занятия

знать:

Виды, формы и методы реабилитации у детей с врожденной ортопедической патологией в разных возрастных группах (в том числе, раннего возраста) с учётом анатомо-физиологических особенностей.

Правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения, показания и противопоказания к применению ЛФК, массажа и физиотерапевтических процедур в реабилитации детей с врождённой ортопедической патологией (кривошеи, косолапости, дисплазии тазобедренных суставов, ДЦП и других).

Врожденная мышечная кривошея

- стойкое укорочение грудино-ключично-сосцевидной мышцы, сопровождающееся наклоном головы и ограничением подвижности в шейном отделе позвоночника, а в тяжёлых случаях деформацией черепа, позвоночника, надплечий.



Лечение врожденной мышечной кривошеи

необходимо начинать рано, с 2-3 недельного возраста малыша.

В лечение должно обязательно включаться: лечение положением (укладки), детский массаж, и лечебная гимнастика.

! Важно, чтобы свет, игрушки, а также общение со взрослыми - все это было со стороны пораженной мышцы.

При лечении положением ребенка необходимо укладывать в корригирующее положение

- с помощью кольца, которое обернуто в ткань, его следует положить под затылок малыша;
- неполные мешочки с песком (крупой, солью), которые помещаются на постели с обеих сторон головы или со стороны кривошеи (над надплечиями).

Данную процедуру следует проводить не менее 2-3 раз в день по 1,5-2 часа.



Основные принципы проведения массажа при врожденной мышечной кривошеи

1. Выкладывание и повороты ребенка со спины на живот должны производиться на здоровом боку, однако эти приемы можно выполнять и на стороне кривошеи.
2. Расслабляющие приемы на грудной клетке, такие как поглаживание и растирание должны осуществляться на больной стороне сначала в верхней части груди, а затем - в нижней.

Основные принципы проведения массажа при врожденной мышечной кривошеи

3. Во время массажа голова ребенка должна быть наклонена в сторону кривошеи. На пораженной мышце нужно применять только расслабляющие приемы, такие как нежные поглаживания (от сосцевидного отростка до ключицы), растирание, которое делается мягко, подушечкой одного пальца, а также вибрация, осуществляемая по ходу мышцы.

4. Необходимо использовать приемы поглаживания, растирания на здоровой стороне спины. На больной стороне нужно делать поглаживание, вибрацию, нежное растяжение по надплечьям и растирание, а также пощипывание, пунктирование, поколачивание в области лопатки.

Врожденная косолапость

- это дефект (аномалия) развития опорно-двигательного аппарата, при котором внутренний край подошвы подогнут вверх и чрезмерно внутрь, пальцы отклонены кнутри. Видна грубая внешняя деформация, движения стопы ограничены, походка напоминает утиную (переваливание).

Лечение врожденной косолапости

- ▶ следует начинать в первые 7-14 дней жизни (по рекомендации ортопеда) для того, чтобы воспользоваться эластичностью тканей, которые формируют связки и сухожилия в ногу. Целью лечения является устранение или значительное уменьшение выраженности всех элементов деформации для получения функциональной, мобильной, безболезненной, сильной, опорной стопы, имеющей нормальную форму и дающее возможность ношения нормальной обуви.

Этапное гипсование по Понсети



Фиксация стоп в брейсах

- ▶ Брейсы в течение первых трех месяцев после снятия последней гипсовой повязки используются 23 часа в сутки и снимаются только на время купания ребенка. После 3-х месяцев брейсы надеваются ребенку на 12 часов в ночное время и от 2 до 4 часов днем, чтобы общее время нахождения в шине было от 14 до 16 часов в сутки. Такого режима необходимо придерживаться в течение 3-4 лет.

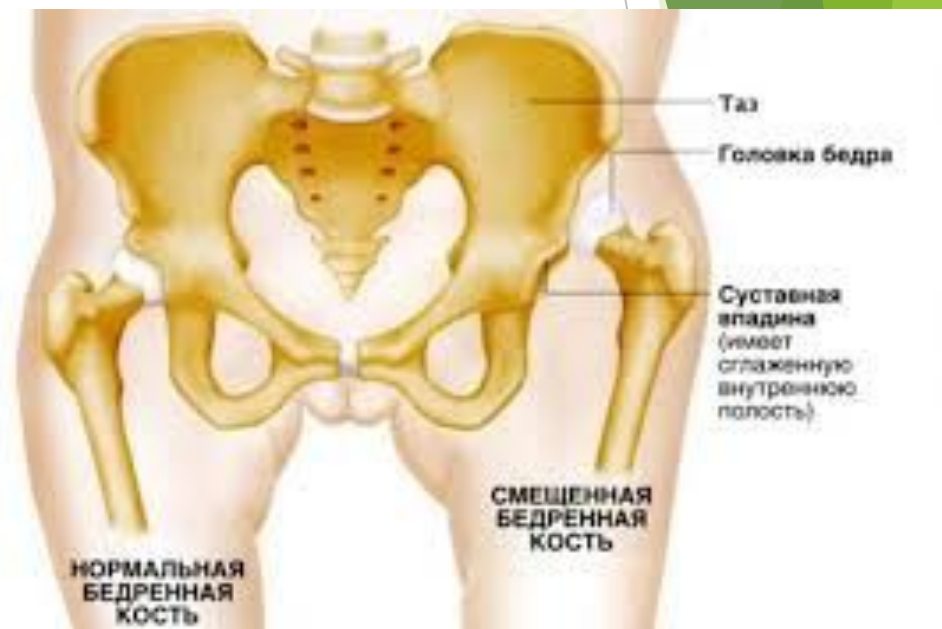


Массаж при врожденной косолапости

- ▶ для расслабления мышц, находящихся на внутренней и задней поверхности голени, где имеется повышенный тонус, применяют поглаживание, потряхивание мышц, растяжение с вибрацией. Для укрепления растянутых и ослабленных мышц передней и наружной группы мышц голени используют энергичные приемы: растирание и разминание, возможно легкое поколачивание пальцами.

Дисплазия тазобедренных суставов

- нарушение развития тазобедренного сустава, основным компонентом которого является неправильная пространственная ориентация головки бедренной кости («бедренный» компонент сустава) относительно вертлужной впадины («тазовый» компонент сустава), приводящее к нарушению опорной функции конечности.



3 степени дисплазии тазобедренного сустава

- ▶ Предвывих (дисплазия I степени) – недоразвитие тазобедренного сустава без смещения головки бедренной кости относительно вертлужной впадины.
- ▶ Подвывих (дисплазия II степени) – недоразвитие тазобедренного сустава с частичным смещением головки бедренной кости относительно вертлужной впадины.
- ▶ Вывих (дисплазия III степени) – недоразвитие тазобедренного сустава с полным смещением головки бедренной кости относительно суставной впадины.

Крайним проявлением дисплазии тазобедренного сустава является врожденный вывих бедра.

Широкое
пеленание
(этапы)



Лечение положением

Широкое пеленание

Лечение положением

стремена Павлика — являются самыми щадящими для тазобедренного сустава и самыми удобными для ребенка и родителей пособием. Назначаются детям с третьей недели до 9 месяцев.



Лечение положением

подушка Фрейка — пластиковые штанишки, которые поддерживают ножки в положении «лягушки».
Назначается детям с 1 месяца до 9 месяцев со сменой пособия по мере роста ребенка.



Лечение положением

шины-распорки
(шина с
бедренными
туторами, шина
для хождения,
шина с
подколенными
туторами)





Задачи ЛФК при дисплазии тазобедренных суставов:

- профилактика и устранение контрактуры приводящих мышц бедра;
- формирование тазобедренных суставов, восстановление их формы, фиксация суставов в положении максимальной коррекции (совместно с ортопедами);
- укрепление мышц, производящих движение в тазобедренных суставах (сгибание, разгибание, отведение, вращение внутрь);
- развитие в полном объеме активных движений в тазобедренных суставах;
- коррекция вальгусного положения коленных и голеностопных суставов, возникающих при лечении с использованием шин.

При дисплазии тазобедренных суставов и врожденном вывихе бедра обычно используют классический массаж

Поглаживание проводится медленно, ритмично по току лимфы одной или двумя руками.

Растирание осуществляют пальцами, всей ладонью, ее основанием или краем, одной или двумя руками во всех направлениях, продольно, поперечно, кругообразно, зигзагообразно или спиралевидно.

Разминание выполняют одной или двумя руками в продольном, поперечном, полукруговом и спиралевидном направлениях (применяется преимущественно для мышечной ткани).

Вибрация выделяется прерывистая в виде различных поколачиваний, рубления и непрерывная вибрация - применение колебательных движений без отрыва руки от массируемого участка.

По времени массажные приемы распределяются следующим образом: 10% от времени всей процедуры приходится на поглаживание, 20% на растирание, 40% на разминание и 20-30% на вибрацию.

Лечебную гимнастику (ЛФК) при дисплазии тазобедренных суставов желательно проводить не менее 2 раз в день, массаж курсами по 10 сеансов до 3 - 4 курсов в год с обязательными перерывами 1-1,5 месяца.

Физиотерапия при дисплазии тазобедренных суставов

1. Электрофорез:

- ▶ с кальцием и фосфором;
- ▶ с йодом.

2. парафино-озокеритные аппликации

3. общее УФО

4. пресные теплые ванны



Детский церебральный паралич (ДЦП)

- группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным не прогрессирующим повреждением и/или аномалией развивающегося головного мозга у плода или новорожденного ребенка.

ДЦП - полиэтиологичное заболевание. Ведущей причиной развития ДЦП является повреждение или аномалии развития головного мозга плода и новорожденного.

Основные принципы и направления реабилитационных мероприятий при ДЦП

- ▣ адаптация больных к жизни в условиях тяжелого дефекта; своевременность, взаимосвязанность, непрерывность реабилитационных мероприятий (лечение, профориентация, социально-психологическая помощь);
- ▣ апелляция к личности больного, воспитание у него волевых качеств, целенаправленности;
- ▣ этапность социальной и медицинской помощи больным с ДЦП в зависимости от возраста: специализированные ясли-сад, школа-интернат, профессионально-техническое училище, техникум;
- ▣ трехэтапная система медицинской реабилитации - амбулаторное, стационарное, санаторное лечение (включая неврологический, ортопедический стационар, протезное предприятие и др.);
- ▣ мультидисциплинарность - участие специалистов различного профиля: педиатр, детский невролог, врач-реабилитолог, психолог, логопед и другие).

Задачи ЛФК при ДЦП

- 1) Развитие выпрямления и равновесия, то есть так называемого постурального механизма, обеспечивающего правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу.
- 2) Развитие функции руки и предметно-манипулятивной деятельности.
- 3) Развитие зрительно-моторной координации.
- 4) Торможение и преодоление неправильных поз и положений.
- 5) Предупреждение формирования вторичного двигательного стереотипа.

Технические средства реабилитации:

- Тренажер-опора для ползания;
- Кресло-коляска прогулочная;
- Опора для лежания;
- Система ортопедических подушек;
- Опора для сидения;
- Вертикализатор-стойка;
- Инвалидная кресло-коляска детская для дома;
- Ходунки для детей;
- Вертикализатор наклонный.

Физиотерапия для детей с ДЦП

- импульсные токи;
- электростимуляция;
- электросон;
- магнитотерапия;
- ультразвуковая терапия;
- лазеротерапия;
- водолечение;
- рефлексотерапия.



Санаторно-курортное лечение

проводится для детей в возрасте с 3-4 лет, в специализированных санаториях и клиниках НИИ курортологии с первого года жизни.





Спасибо за
внимание!