

Фізична терапія при травматичному ушкодженні плечового сплетіння

Манучарян С. В.

Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Захворювання і травми периферичних нервів є однією з важливих проблем сучасної нейрохірургії і неврології. Одним з найважчих видів закритої травми периферичних нервів є ушкодження плечового сплетіння. Оскільки страждають, в основному, люди молодого віку, травма приводить до значних матеріальних та моральних збитків, тривалої втрати працездатності та інвалідності пацієнтів. Тому проблема лікування уражень плечового сплетіння має як медичне, так і соціально-економічне значення. Аналіз даних літератури з діагностики та лікування ушкоджень плечового сплетіння та його гілок показав, що після лікування дуже важливими є реабілітаційні заходи, які спрямовані на повне відновлення функціональності плечового суглобу і всієї кінцівки. Для повного відновлювання функції верхньої кінцівки, поліпшення стану здоров'я людини, закріплення і максимального збереження результату лікування необхідний комплексний підхід багатьох фахівців. Для цього використовують різноманітні засоби фізичної терапії – кінезотерапію, лікувальний масаж, фізіотерапію та багато інших. Все це надало можливість визначити мету нашого дослідження

Мета дослідження – охарактеризувати реабілітаційне втручання при травматичному ушкодженні плечового сплетіння.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати складові реабілітаційного втручання після травматичного ушкодження плечового сплетіння.
2. Визначити методи оцінки ефективності фізичної терапії пацієнтів з травматичним ушкодженням плечового сплетіння.

Методики дослідження. Аналіз сучасної науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Основні причини ураження плечового сплетіння. *Хронічне, постійне зовнішнє здавлення.* Розвивається при носінні рюкзаків або інших вантажів на одному або обох плечах, «ранцевий параліч». Вражається верхня частина плечового сплетіння з частим залученням також довгого грудного нерва. *Здавлення в місцях анатомічних звужень* (синдром верхньої апертури грудної клітини). Відбувається під впливом додаткового зовнішнього фактора. Особливо чутлива до здавлення в цій зоні нижня частина сплетіння. *Синдром «драбинчастого» м'яза і синдром «шийного» ребра.* При проходженні плечового сплетіння разом з підключичною артерією через простір між передньою і середньою драбинчастими м'язами можливо здавлення нервових стовбурів, а іноді одночасно і підключичної артерії. *Реберно-ключичний синдром.* У деяких людей простір між ключицею і I ребром (реберно-ключичний простір) буває незвично вузькими (характерно для осіб з астеничним типом статури і опущеними плечима). Клінічно зустрічається рідко. *Гіперабдукційний синдром.* Характеризується здавленням судинно-нервового

пучка між ключовоподібним відростком і малим грудним м'язом при різкому відведенні плеча в бік (досить часто відбувається уві сні) та багато інших причин [4].

Основна мета нейрореабілітації при ураженні плечового сплетіння полягає в досягненні повного відновлення порушених, унаслідок травми функцій, або, якщо це нереально, оптимальній реалізації фізичного, психічного та соціального потенціалу людини. Комплекси терапевтичних вправ розробляються строго індивідуально під кожен конкретний випадок. Локально підібрані вправи дають можливість безпечно опрацьовувати окремі м'язи і зв'язки та значно прискорювати процес відновлення. Завдання реабілітаційного втручання залежать від місця травми, обраного методу лікування, періоду травматичної хвороби та загального стану потерпілого.

Система фізичної терапії при ураженні плечового сплетіння включає: кінезотерапію, лікувальний масаж, фізіотерапію, механотерапію, різні види мануальної корекції, голкорексфлексотерапію, психотерапію, трудотерапію і профорієнтацію та ін. Серед них виділяють активні, пасивні та психореґулюючі засоби: активні (кінезотерапія, робота на тренажерах, трудотерапія та ін.); пасивні (лікувальний масаж, мануальна терапія, фізіотерапія, натуральні та преформовані природні фактори); психореґулюючі (аутогенне тренування, м'язова релаксація) тощо.

Основні завдання кінезотерапії при ураженні плечового сплетіння: поліпшення кровообігу і трофічних процесів у осередку ураження з метою профілактики зрощень і рубцевих змін, для ліквідації або зменшення вегетативно-судинних і трофічних розладів; зміцнення паретичних м'язів і зв'язкового апарату; зниження м'язової дистонії, що сприяє запобіганню або усуненню м'язових контрактур і тугорухомості в суглобах; удосконалення замісних рухів і їх координації; загальнооздоровчий і загальнозміцнювальний вплив на організм хворого з метою повернення працездатності.

Кінезотерапія при ураженні плечового сплетіння здійснюється за трьома періодами: ранній відновлювальний (період гострого і підгострого стану) – 2-20-й день із моменту захворювання; пізній відновлювальний (основний) – 20-60-й день; резидуальний (остаточне відновлення всіх функцій ураженої ділянки й організму в цілому) – більше 2 місяців із моменту ураження. При оперативних втручаннях терміни всіх періодів нечіткі: так, ранній відновлювальний період може тривати до 30-40 днів, пізній – 3-4 місяці, а резидуальний – 2-3 роки. При будь-якому ураженні периферичних нервів активні рухи (особливо при перших проявах) виконують у мінімальному дозуванні. Якщо м'яз перенапружуватиметься, він втратить на кілька днів здатність активно скорочуватися і відновлення активних рухів уповільнюється. Тому активні рухи виконують у мінімальному дозуванні, але заняття фізичними вправами проводять кілька разів протягом дня [3;4].

І період, ранній відновлювальний. Провідний метод – позиціонування: кисті надають напівзігнуте положення і укладають на лонгету з валиком, підкладеним в область п'ястно-фалангового зчленування. Передпліччя і кисть (в

лонгеті) підвішують на косинці. До спеціальних відносять: вправи для м'язів надпліччя, плеча, передпліччя і кисті та загальнорозвиваючі і дихальні вправи. Заняття фізичними вправами проводять 1-2 рази на день з інструктором і 6-8 разів на день у формі самостійних занять (комплекс вправ добирається індивідуально). Тривалість заняття з інструктором кінезотерапії – 20-30 хв, самостійні заняття – 10-20 хв. Кількість повторень 2-6 разів.

II період, пізній відновлювальний. Вправи спрямовані на відновлення рухів по всіх осях плечового суглоба і нормалізації м'язового тону і сили м'язів руки. Заняття з кінетотерапії у II періоді проводять: 1-2 рази на день з інструктором фізичної терапії і 4-6 разів у формі самостійних занять (комплекс вправ добирається індивідуально). Тривалість заняття з інструктором фізичної терапії – 40-60 хв, самостійні заняття – 25-30 хв. Кількість повторень – 6-8 разів. Фізичні вправи виконують без фіксування лопаток сидячи, стоячи (в тому числі і у гімнастичній стінки) і лежачи на спині.

III період, резидуальний. Продовжують заняття кінезотерапії, значно збільшують число прикладних вправ для тренування побутових і професійних навичок, вводять ігрові та спортивно-прикладні елементи, формують оптимальні компенсаторні пристосування. Для відновлення необхідної амплітуди рухів призначають чередування пасивних рухів з активними вправами різного характеру і лікувальним масажем неуражених відділів, теплові процедури. При стійкості вторинних змін в тканинах застосовують механотерапію (у залі та у воді), легкі спортивні ігри, прогулянкове веслування, лижні прогулянки (у зимовий час), плавання і інш. Заняття проводять: 1 раз на день з інструктором з фізичної терапії і 4-5 разів – у формі самостійних занять (комплекс складає інструктор з фізичної терапії). Тривалість занять з інструктором 60-90 хв, самостійно – 50-60 хв. Кількість повторень – 8-10 разів. Вихідні положення різноманітні [3;4].

Мета лікувального масажу – сприяння відновленню порушених співвідношень збуджувальних і гальмівних [процесів](#) у корі великого мозку. ***Завдання лікувального масажу при ураженні плечового сплетіння:*** поліпшення лімфотакровообігу уражених ділянок; зняття або зменшення больового синдрому; прискорення процесів регенерації нервів; попередження контрактур, порушень трофіки та ускладнень; утворення навколо травмованого нерва рубцевої тканини; прискорення та покращення нервової провідності; відновлення функціональної здатності нервово-м'язового апарату; підтримання м'язового тону регіональних судин.

Мета фізіотерапії при ураженні плечового сплетіння – це стимуляція репаративних процесів, поліпшення процесів метаболізму і мікроциркуляції в тканинах. ***Завдання фізіотерапії*** при лікуванні ураженні плечового сплетіння: надання анальгетичної дії (анальгетичні та анестезуючі методи); сприяння протизапальній дії (антиексудативні, протинабрякові, репаративно-регенеративні методи); поліпшення мікроциркуляції і метаболізму (судинорозширювальні, гіпокоагулюючі, *трофостимулюючі* методи), поліпшення функції нервово-м'язового волокна (нейростимулюючі методи).

Для оцінки ефективності фізичної терапії пацієнтів при ушкодженнях плечового сплетіння, окрім клінічних, інструментальних та неінвазивних додаткових методів дослідження використовують також шкали і опитувальники, що вимірюють ступінь обмеження активності [1;2].

Висновки. Реабілітаційне втручання при травматичному ушкодженні плечового сплетіння ефективно завдяки диференційному поєднанню терапевтичних заходів, чіткої і регулярної оцінки ефективності фізичної терапії та особистісних факторів життя пацієнтів.

Література

1. Волков В.Ф., Макаревич Е.Р. Диагностика и лечение травматических повреждений вращательной манжеты плеча. *ARS MEDICA*. 2011. №17 (53). С. 92–94.
2. Гайко О.Г. Оцінка ступеня тяжкості ушкоджень та перспектив відновлення нервів при первинному електроміографічному дослідженні хворих з травмою периферичних нервів верхньої кінцівки. *Літопис травматології та ортопедії*. 2011. № 1–2. С. 21–28.
3. Малахова В.О. Проблема мышечной спастичности в нейрореабилитации: учебное пособие. Суми, 2011. 138 с.
4. Нейрореабилитация: сборник лекций / под ред. В.А. Малахова. 2010. Т. 1. 170 с.

Інформація про авторів:

Манучарян С. В.

старший викладач кафедра фізичної терапії,
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна
mybox3001@ukr.net

Поступила до редакції 18.12.2019р.