

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/kursovaya-rabota/116648>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

1 Теоретические сведения об остром нарушении мозгового кровообращения и методах восстановления пациента 4

1.1 Общие сведения об остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) 4

1.2 Медико-социальная экспертиза, реабилитация и абилитация инвалидов при сосудистых заболеваниях головного мозга 11

2 Оценка результативности применения средств реабилитации и абилитации (ЛФК) для пациентов с ОНМК 17

2.1 Особенности формирования инвалидной программы реабилитации или абилитации инвалида 17

2.2 Анализ коррекции двигательного-координационных способностей пациентов с ОНМК с применением средств ЛФК 20

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 28

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 29

мотивации к проявлению двигательной активности, механическое воздействие на проприо- и кожные рецепторы соответствующего участка тела, мануальную изокинетическую стимуляцию, растяжение мышц пораженной конечности, выполнение индивидуально разработанного комплекса изокинетических упражнений на стабильных и нестабильных опорах, механическую коррекцию траекторий выполняемых движений с применением мануальных техник или механотерапевтических систем.

При формировании контрольной (КГ) и экспериментальной (ЭГ) групп мы исходили, в первую очередь, из отсутствия у больных противопоказаний к применению данной методики.

С целью анализа функции равновесия параметров колебания общего центра масс испытуемых нами проводился стабилметрический анализ теста устойчивости «проба Ромберга с европейской постановкой ног» на аппарате ST-150. Испытуемые, не способные к самостоятельному поддержанию вертикального положения, выполняли тест с использованием страховочного подвеса [9].

Статистический анализ распределения испытуемых в группы и оценка различий в проявлениях силы в дистальных и проксимальных отделах верхней и нижней конечностей между испытуемыми КГ и ЭГ показал отсутствие достоверно значимых различий выборок.

Сравнение показателей силы мышц в КГ и ЭГ после реабилитации представлено на рис. 1.

Рисунок 2.1 – Показатели силы конечностей после реабилитации у испытуемых с ведущим синдромом гемипареза. I - сила нижних конечностей, проксимальный отдел; II - сила нижних конечностей, дистальный отдел; III - сила верхних конечностей, проксимальный отдел; IV - сила верхних конечностей, дистальный отдел

Анализируя полученные результаты, мы выявили, что после реабилитации значения всех показателей силы в ЭГ выше, чем в КГ. Достоверность различий показателя силы проксимального отдела нижней конечности составила $t = 11,1$, дистального отдела нижней конечности - $t = 10,6$, проксимального отдела верхней конечности - $t = 9,6$, а дистального отдела верхней конечности - $t = 17,1$.

По нашему мнению, полученные результаты показывают, что восстановление произвольной силы у больных с гемипарезом в результате острого нарушения мозгового кровообращения происходит гетерохронно в каждом сегменте кинематической цепи и со скоростью, обратно пропорциональной размерам соответствующих проекционных зон в сенсомоторной коре головного мозга.

Стабилметрия, как метод оценки положения и колебания общего центра масс тела, позволяет дать объективную характеристику функции равновесия у инвалидов с различными заболеваниями,

нарушающими функцию ходьбы [10]. Применение стабилметрической платформы позволяет оценить ряд координационных действий, выполняемых с открытыми и закрытыми глазами: расстояние между реальным и расчетным центрами давления (ЦД) во фронтальной плоскости (X_o , X_z), расстояние между реальным и расчетным ЦД в сагиттальной плоскости (Y_o , Y_z), среднюю скорость колебания ЦД во фронтальной плоскости (U_o , U_z), среднюю площадь стабилграммы S_o , S_z).

Результаты компьютерной стабилметрии испытуемых обеих групп показали преобладающую роль зрительного контроля над проприоцептивным в поддержании вертикального положения тела. Испытуемые обеих групп имели смещение общего центра масс в вентральном направлении в сторону здоровой конечности. Сравнительный анализ констатирующего эксперимента показал отсутствие достоверно значимых различий результатов между группами при $P > 0,05$ (табл. 2.1).

Средние показатели стабилметрии контрольной и экспериментальной групп пациентов после прохождения реабилитации представлены в табл. 2.2.

Значения параметров компьютерной стабилметрии после проведения реабилитационных мероприятий имеют статистически значимые различия между группами при уровне значимости $P 0,01$ (табл. 2.2).

Таблица 2.1 - Показатели компьютерной стабилметрии испытуемых, перенесших ОНМК и доминирующий синдром гемипареза до курса реабилитации

Показатель КС КГ ЭГ t

$M \pm m$ $M \pm m$

X_o , мм 10,112 1,203 9,732 0,966 0,7

X_z , мм 16,634 2,733 17,262 2,846 0,1

Y_o , мм 41,057 1,664 41,083 1,860 0,6

Y_z , мм 45,189 1,834 45,174 1,689 0,3

S_o , мм² 1194,375 59,808 1196,453 63,286 0,2

S_z , мм² 1576,271 76,563 1565,298 76,922 0,6

U_o , мм/с 31,608 2,075 31,159 2,117 1,0

U_z , мм/с 35,192 1,710 34,570 1,710 0,5

Таблица 2.2 - Показатели компьютерной стабилметрии испытуемых, перенесших ОНМК и доминирующий синдром гемипареза после курса реабилитации

Показатель КС КГ ЭГ t

$M \pm m$ $M \pm m$

X_o , мм 8,02 1,107 0,85 0,465 44,8

X_z , мм 14,09 2,461 3,54 0,585 30,1

Y_o , мм 36,38 2,045 10,65 1,916 65,9

Y_z , мм 39,73 1,976 7,00 1,474 96,2

S_o , мм² 1102,26 53,180 260,54 16,785 106,8

S_z , мм² 1463,59 71,286 604,19 21,094 81,8

U_o , мм/с 27,48 2,195 14,92 1,754 32,2

U_z , мм/с 30,91 1,721 20,12 1,849 30,8

При проведении пробы Ромберга на стабилметрической платформе выявлено отклонение общего центра масс во фронтальной плоскости в направлении здоровой стороны тела, что указывает на снижение опорной функции мышц со стороны пораженной половины и развитие компенсации, выраженной в смещении нагрузки на здоровую конечность. Такое отклонение наблюдалось как в КГ, так и ЭГ. Также следует отметить наблюдаемое в обеих группах преобладание зрительного контроля за положением тела относительно проприоцептивного. Это следует из того, что длина отклонения общего центра масс во фронтальной плоскости при выполнении теста с открытыми глазами имеет меньшее значение, чем с закрытыми глазами.

Результатом проведения реабилитационных мероприятий стало снижение выраженности фронтальной асимметрии в обеих группах, как при выполнении теста с открытыми глазами, так и с закрытыми (рис. 2.2). Однако увеличение показателей X_o и X_z было значительно выше в экспериментальной группе, чем в контрольной (-91,26 и -79,5 % - ЭГ, -20,69 и -15,29 % - КГ).

Y_o и Y_z характеризуют смещение общего центра масс в сагиттальной плоскости, и положительное значение этого параметра указывает на вентральное направление, а отрицательное - на дорсальное. В ходе

проведения эксперимента у всех испытуемых отмечалось вентральное направление отклонения общего центра масс и, как видно на приведенных рис. 2.1 и 2.2, наибольшее значение оно имело при выполнении пробы Ромберга с закрытыми глазами, что указывает на преобладание зрительного контроля при поддержании вертикального положения тела. Это справедливо как для КГ, так и для ЭГ. Следует подчеркнуть, что значения отклонения общего центра масс в сагиттальной плоскости превышают аналогичные во фронтальной, указывая на менее эффективное развитие компенсаций при недостаточной стабильности положения тела в переднезаднем направлении.

После проведения реабилитационных мероприятий в обеих группах произошло снижение степени вентрального отклонения общего центра масс (рис. 2.2). Изменение данного параметра в контрольной группе составило для У₀ -11,39 %, для У_з -12,08 %, а в экспериментальной -74,08 и 84,5 %, соответственно, что указывает на более выраженную положительную динамику в экспериментальной группе. Результатом реабилитации в экспериментальной группе стало преобладание проприоцептивного контроля над зрительным при осуществлении контроля за положением тела в сагиттальной плоскости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 01.03.2018) [Электронный ресурс]. – Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс».
2. Вейсс М., Зембатов А., Осечинский И.В. Физиотерапия. М.: Медицина, 1986.
3. Виленский, Б. С. Инсульт / Б. С. Виленский, Н. Н. Аносов. - М. : Медицина, 1980. - 272 с.
4. Гордон, Н. Инсульт и двигательная активность : монография / Н. Гордон. - М. : Олимпийская литература, 1999. - 128 с.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова (приложение «Инсульт»). 2003. № 8. С. 4-9.
6. Жигарева, Н. П. Комплексная реабилитация инвалидов / Н.П. Жигарева. - М.: Дашков и Ко, 2014. - 216 с.
7. Заболотных, И. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / И. Заболотных. - М.: СпецЛит, 2013. - 497 с.
8. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. М., 2002.
9. Исмаилова С.Б., Ондар В.С., Ермилов Е.А., Чуракова К.В., Прокопенко С.В. Новый подход к лечению нарушений ходьбы при болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. № 119 (10). С. 46-50.
10. Исторические этапы развития и становления службы медико-социальной экспертизы в России / С. Н. Пузин [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2017. - № 1. - С. 50-54.
11. Карреро, Лоренцо. Инсульт. Программа реабилитации / Лоренцо Карреро. - М. : Медицинская литература, 2012. - 160 с.
12. Потапов, Г.В. Роль центра социальной реабилитации в обеспечении комплексного подхода к реабилитации инвалидов / Г.В. Потапов // Работник социальной службы. - 2015. - № 4. - С. 36 - 41.
13. Самсонова, В. О. Особенности обеспечения на региональном уровне социальной поддержки детей-инвалидов и их семей / В. О. Самсонова // Социальное обслуживание. — 2015. — №11. — С. 17-20.
14. Попов А.П., Баев М.С., Сютина В.И. Применение мультисенсорной стимуляции с целью восстановления вертикальной устойчивости у больных с дисциркуляторной энцефалопатией // Научные исследования. 2017. № 7 (18). С. 42-45.
15. Скворцов Д.В. Клинический анализ движений. Стабилометрия. М.: НМФ «МБН», 2000.
16. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А. Первичная профилактика инсульта. М.: Медицина, 2006.
17. Ткаченко, В. С. Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов / В.С. Ткаченко. - М.: Дашков и Ко, 2013. - 382 с.
18. Торозова, О. Инсульт. Реабилитация в домашних условиях / О. Торозова. - М. : Феникс, 2006. - 224 с.
19. Colosimo C., di Lella G.M., Tartaglione T., Riccardi R. Neuroimaging of thalamic tumors in children // Childs Nervous System. 2002. Vol. 18. P. 426-439.
20. Pietrini D., Savioli A., Grossetti R., Barbieri M.A. et al. Guide-lines for the management of severe pediatric head injury // Minerva Anestesiologica. 2004. Vol. 70. P. 549-604.
21. Potoru D.A., Schall L.C., Gardner M.J. et al. Impact of pediatric trauma centers on mortality in a statewide system // J. Trauma. 2000. Vol. 49. P. 237-245.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovaya-rabota/116648>