

УДК 615.84:616-001-089:355

Ковальова О.В.¹, Румілов Д.О.²

¹ канд. мед. наук, доцент НУ «Запорізька політехніка»

² фіз. терапевт, викл. ДНУ ім. О. Гончара

ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ НЕЙРОМИЕЛИТЕ (ОКРЕМИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ «ДЕВІКА»)

Оптикомієліт, оптичний нейрооптикомієліт, або синдром хвороба Девіка - це ідіопатичне запальне захворювання центральної нервової системи, яке характеризується переважним залученням до патологічний процес зорових нервів, спинного мозку та обширним поперечним мієлітом на рівні грудних, рідше шийних сегментів при відносній безпеці головного мозку. Первинно в клініці захворювання з'являються порушення зору у вигляді його зниження, аж до повної втрати (супроводжується болем у ділянці очних яблук, яка посилюється при рухах очних яблук.). Через деякий час приєднуються симптоми важкого поперечного мієліту (ПМ) –

парапарези, тетрапарези за спастичним типом та розвитком м'язової слабкості, дискоординації, атаксії, порушення функції тазових органів, симптом Лермітта, затримка сечі, порушення вегетативної нервової системи, сенсорні розлади нижче рівня ураження.

Оптикомієліт відноситься до рідкісних захворювань, при цьому в літературі немає точних даних про захворюваність та поширеність. Захворювання частіше зустрічається серед осіб не європейської раси. У країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону оптикомієліт складає від усіх демієлінізуючих захворювань ЦНС, в європейських країнах на його частку серед інших демієлінізуючих захворювань ЦНС становить, ймовірно, менш очевидно, що багато випадків оптикомієліту нерідко помилково трактуються як розсіяний склероз, рецидивуючий поперечний мієліт, рецидивуючий ретробульбарний неврит. За деякими даними у європейських країнах він становить 1–2 % у структурі серед інших демієлінізуючих захворювань центральної нервової системи [1, 2]. Співвідношення жінок і чоловіків становить (2,5-8): вік, в якому дебютує захворювання, варіює від 1 до 77 років, найчастіше воно починається в 35-47 років [3]. Загальноприйнятого стандарту лікування синдрому Девіка немає. Використовується симптоматичне та загальнозміцнююче лікування для підтримки наявних неврологічних функцій [4]. Також не існує рекомендацій щодо реабілітаційних заходів.

Метою нашого дослідження було оптимізувати лікування та реабілітаційні заходи при хворобі Девіка.

В нашому дослідженні спостерігалася пацієнтка 62 років, яка звернулася до Дніпровської обласної лікарні ім. Мечникова 8 вересня 2020 р. На підставі інструментального та клінічного обстеження виставлено діагноз і проведено комплексне лікування хвороби Девіка, що включало медикоментозну терапію та комплекс реабілітаційних заходів.

На протязі 8 місяців хвора не вставала. Наше дослідження почалося з червня 2021 р. У хворой симптоми порушення зору не були виражені, але діагностовано симптоми поперечного мієліту з вираженим спастичним парапарезом нижніх кінцівок і перехресним синдромом (спастика за шкалою Ешворта, у звичайному стані досягала 3-х балів) гіпер- і парастезія нижче рівня ураження спинного мозку, вегетативні дисфункції з порушенням тазових органів. У фазі загострення/криза (спастичність досягала 4 балів). Перебіг хвороби був обтяжений вираженими судомами. Зовні неможливо було розігнути ноги. Виражений больовий синдром (по ВАШ до 9-10 балів). На тлі патології мале місце підвищення артеріального тиску, що можна трактувати як прояви гіпертонічних кризів, які супроводжувалися сильним головним болем, дисфункцією органів травлення.

Під час кризи, яка настає раптово, для усунення патологічного ланцюга синдромів застосовано внутрішньовенне введення препарату сульфату магнію, що давало позитивний ефект. Чітко простежувалося и сильна метеочутливість та психоемоційна залежність, що впливало на прояви фізичних та когнітивних можливостей. Це враховано під час планування та проведення занять ЛФК.

За шкалою Бартел пацієнтка набирала не більше 30 балів, що свідчить про повну залежність від оточуючих.

За час наших регулярних занять (на протязі 8 міс.) нам вдалося практично усунути спастичний і перекресний синдроми (спастичність за шкалою Ешворта впала практично до 0 або 1), виражені явища гіпер- та парастезії паравертебральної області, крижів та нижніх кінцівок, істотно знизити больовий синдром до 0 до 3 балів по ВАШ, в залежності від погодних та ін. факторів. Суттєво покращено рухові функції нижніх кінцівок та покращено функції тазу. Був знятий уретральний катетер.

Необхідно відзначити, що без регулярних занять патологічні явища повертаються, хоч і не в повному обсязі.

Перший раз пацієнтка пройшла по кімнаті (на ходунках та зі страховкою) через 3 міс. регулярних занять це виконувалося по 3 рази на тиждень.

На даний момент пацієнтка може стати самостійно, простояти самостійно близько 5 хв, може виконати 10+ присідань на диван з підтримкою, освоїла пересування по квартирі в колінно-кистевому положенні. Самостійно мие підлогу, готує просту їжу, але важко обслуговує себе самостійно. Зі страховкою може пересуватися по кімнаті на ходунках. Відстань приблизно 7-8 м без відпочивку. Довго стояти не може. На даний момент скарги на загальну виражену слабкість, запаморочення в основному при навантаженні. Пересування дуже енерговитратні. Відчуває страх стояти та готувати гарячі страви через можливість впасти або щось перекинути на себе.

За шкалою Бартел пацієнтка набирає 60-65 балів Потребує допомоги.

На підставі отриманого досвіду застосування наших реабілітаційних заходів ми можемо зробити висновок про позитивний вплив фізичної реабілітації на функціональний стан організму.

Треба враховувати метеозалежність, та психоемоційний стан при проведенні фізичних вправ.

При проведенні процедур отримано позитивний ефект щодо когнітивних функцій.

При регулярних заняттях стабілізується психоемоційний стан.

Вважаємо доцільним, з часом, збільшувати кількість заняття ЛФК до 2-х разів на день, 4-5 днів на тиждень. Графік занять має підбиратися індивідуально.

Враховуючи що при цьому захворюванні інтоксикація має велике значення та додатково призводить до спастики м'язів ми вважаємо за доцільне проводити додати в комплексне лікування детоксикаційну терапію.

На початку занять співвідношення специфічних, дихальних та загальнозміцнювальних вправ має бути відповідно до загальноприйнятої методики постільного щадно-тренуючого режиму, але згодом, для якнайшвидшого досягнення ефектів зняття спастики, співвідношення видів вправ має змінюватися у бік збільшення кількості специфічних вправ.

При виконанні пасивних, напів- та активних рухів необхідно стежити за правильною траєкторією рухів у суглобах і коригувати її у бік протилежної спастики (боротьба з гіпертонусом м'язів стегна, що обумовлюють перехресний синдром).

Необхідний постійний контроль біохімічних показників організму та відповідна швидка корекція фармакотерапії. Необхідно враховувати високу ймовірність неврологічних кризів, коли потрібно швидко реагувати, щоб усунути можливість розвитку вираженого больового синдрому та дисфункції вегетативної нервової системи. Тому що больовий синдром сприяє розвитку когнітивних та психоемоційних розладів. Явища біллю допускати вкрай не бажано. Заняття повинні проходити в сприятливому психоемоційному середовищі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Яхно Н.И., Мозолевский Ю.В., Голубева В.В. и др. Оптикомиелит Девика. Неврологический журнал. 2008. Т. 13, № 2. ISSN 1560–9545. С. 27–32.
2. Wingerchuk D.M., Weinshenker B.G. (2014) Neuromyelitis optica (Devic's syndrome). Handbook of clinical neurology. Elsevier, vol. 122, pp. 581–599.
3. Wingerchuk D.M. (2007) The spectrum of neuromyelitis optica. The Lancet Neurology, vol. 6, no 9, pp. 805–815.
4. Бушуева Н.Н. Стоянова Е.С. Синдром Девика (оптикомиелит) при рассеянном склерозе. Офтальмологический журнал. 2012. № 3. С. 83–86.