



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“
ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

Лекция № 1

ЛЕЧЕБЕН МАСАЖ ПРИ ТРАВМИ НА
ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК

Доц. Н. Михайлова, д.п.

Синдроми на увреда на гръбначния мозък

- Според степента на увреждане на напречника гръбначния мозък може да бъде увреден частично (само едната му половина) или целия му напречник.
- 1. Синдром на пълно прекъсване на гръбначния мозък .
 - Загуба на:
 - всички видове сетивност от проводников тип,
 - вегетативно – трофични смущения (задържане или незадържане на урината и изпражнението),
 - декубитус, смутено потоотделяне.

- **Вяла параплегия или квадриплегия (при висока шийна локализация).**
- **Постепенно за около месец парализата от вяла става спастична с повишени сухожилни рефлексии.**
- **Задоволително възстановяване може да се очаква, ако сетивността се възстанови до 2 месеца.**
- **Наблюдава се спастично повишен мускулен тонус, настъпват мускулни контрактури като крайна степен на повишения мускулен тонус (контрактурите най-често са екстензорни).**

2. Синдром на увреда на страничната половина на напречника на гр. м., нарича се **Браун – Секарова парализа.**

- **На страната на увредата** под нейното ниво се развиват:
 - ❖ спастични парализи поради увредата на пирамидния път и
 - ❖ смутена дълбока сетивност поради увреда на задните стълбове.
- **На противоположната страна** на увредата се развива:
 - ❖ анестезия за болка и температура.

□ **Според нивото на увреда на гр.м.** се получават няколко основни синдрома.

1. **Прекъсване на гр.м. в областта C₁-C₄.**

- ❖ **Спастична квадриплегия със загуба на всички видове сетивност, тазоворезервоарни нарушения.**
- ❖ **Парализира се диафрагмата и дихателните мускули което води до тежко смущение на дишането.**
- ❖ **Коренчеви болки в шийната област.**
- ❖ **Процеси с тази локализация най – често водят до смърт.**

2. Прекъсване на гр.м. в областта на шийното задебеление C₅-Th₂.

- Налице е вяла парализа на горните крайници и спастична парапареза или параплегия на долните крайници.
- Анестезия на всички видове сетивност.
- Коренчеви болки по дължина на горните крайници.
- Синдром на Клот-Бернар-Хорнер (птоза на клепачите).
- Ретенция на урина.
- Не могат да се предвижват самостоятелно, но може да се постигне частична самостоятелност.
- При седеж може да се получи блокаж на диафрагмата и може да колабират, затова при седеж диафрагмата леко се притиска с колан.

3. Прекъсване на гр.м. в областта на гръдните сегменти Th₃-Th₁₂.

- Долна спастична параплегия с проводникова анестезия на всички видове сетивност между нивата на мамилите и ингвиналните гънки. Без чувствителност от кръста надолу.
- **Опасващи болки в гръдния кош.**
- Ако увреждането е от Th₆-Th₁₁, не е засегнат Th₁₂ и е запазен м. квадратус лумборум, могат да се приучат да ходят с помощни средства.
- До Th₆ са зависими от стол – количка.
- Th₁₂-L₁ – вяла параплегия, полово и тазоворезервоарни смущения.
- Ако имаме засягане само на L₁ може при ходене да се използва м. quad. lum. и частично м. iliopsoas.

4. Прекъсване на гр.м. в областта на пояското задебеление L₁-S₂.

- Получава се **вяла парализа** на долните крайници с ниво на **анестезия** на долните крайници.
- Коренчеви болки с ирадиация към долните крайници, тазоворезервоарни смущения.
- Възстановяването може да отзвучи до 1 год., ходят с две патерици, коремна и гръбна мускулатура са запазени.

5. Синдром на епиконуса L4-S2.

- Оформя се **симетрична периферна парализа на мускулите (на задната част на бедрото, коляното и глезена)**

6. Конусен синдром S3-S5.

- **Не се развиват парализи.**
- Налице е **анестезия на зоната около ануса, тазоворезервоарни нарушения.**

7. Синдром на cauda equina

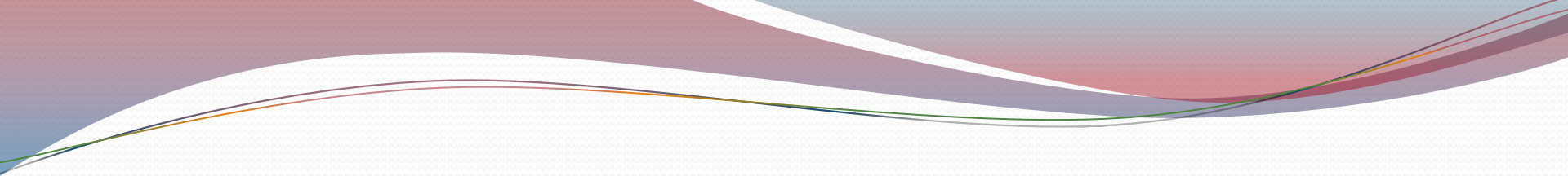
(конската опашка L2-S5).

- **Вяли периферни парализи на долните крайници, вегетативно-трофични нарушения.**
- Болки в долните крайници, болка при Ласег,
- **Характерна степенна походка,**
- Най-силно изразена трофика – декубитуси, бъбречни смущения.
-

- Травмите на гръбначния мозък, най – често се получават след автомобилна катастрофа, при падане от високо и др. травми.
- Те могат да бъдат **открити и закрити.**
- При **закритите** травми целостта на гръбначния мозък и неговите обвивки е запазена.
- Наблюдават се три клинични форми на закрити травми на гръбначния мозък.

1. Гръбначномозъчно сътресение (*commotio medullae spinata*).

- В момента на травмата болния получава мозъчно сътресение и след като премине безсъзнанието, се установяват данни за увреда на гр. мозък.
- Болният усеща крайниците си неподвижни или трудно подвижни, изстръпнали, трудно уринира или не е в състояние да уринира спонтанно.

- 
- **Неврологичното изследване може да установи данни за пълна или частична увреда на гр.мозък на различно ниво, причинени от фрактура или изместване на прешлените по време на травмите.**
 - **За сътресение говорим при бързо изчезване на симптомите (1-2 часа, най-много за няколко дни).**

2. Гръбначномозъчна контузия (*contusion medullae spinalis*).

- Ако възстановяването не настъпи в първите дни, наред с двигателните, сетивните и тазово-резервоарни смущения бързо се появяват и декубитуси.
- Това се дължи на: разместване, фрактура на прешлените или директно засягане на гр.мозък.
- Клиничната картина зависи от нивото на увреда.

3. Травматична хематомиелия/кръвоизлив (haemorrhagia).

- Развива се най-често при болни с променена съдова система (атеросклероза) и понякога дори при незначителни травми.
- Най-често кръвоизлива се локализира в **сивото вещество** на гр.мозък – в неговото **шийно или поясно задебеление**.
- Клиничната картина се развива внезапно с:
 1. **Пълна парализа**
 2. **Проводникова анестезия от мястото на кръвоизлива надолу и**
 3. **Тазоворезервоарни нарушения.**
 4. **Загуба на усет за болка и температура в сегментите, в които се намира кръвоизлива.**

□ Цел на лечебния масаж

1. При увреда на **cauda equina** с вяла парапареза цел на ЛМ е като при **вяли парези**.

❖ Тонизиране на мускулите, предотвратяване на контрактурите.

2. При нива на увреда със **спастична пареза** – релаксиране и разтягане на спастичните мускули.

3. При **смесени парези** – **вяли и спастични**, масажа се определя от патологичните находки.

Целта на ЛМ е:

❖ Преодоляване на мускулния дисбаланс, водещ до ставни контрактури.

❖ **Масаж на горните крайници и поемане на мускулния дефицит на долни крайници.**

4. При трайни увреждания да не се хвърлят напразни усилия, поради безперспективно развитие на заболяването.

● **Необходимо е психологично въздействие на болния.**

5. Борба с декубитосите.

6. Подобряване на резистентността на организма.

7. Профилактика на усложненията.

□Техника на масажа

По общата схема на масажа – поглаждане и разтриване на целия горен крайник, след което детайлно обработване на сегментите.

Ако имаме нужда от тонизиране на мускулите прилагаме по-дразнещи похвати.

Разтриването и омачкването да не са груби, а да са адекватни на увредата.

При спастични парези – като при другите заболявания - без “стреч рефлекс” – рефлекс на опъване.

При декубитоси – по методика.

- При обработка на здравите крайници – силен, стимулиращ масаж, както при спортния тренировъчен масаж – дълбоко поглаждане, оттичащо, разтриването и омачкването е бързо и енергично. Ударни похвати.
- За повишаване на резистентността на организма се прави общ масаж.
- За релаксиране на пациента – масажна яка.
- При ретенция на урина – за стимулиране на пикочния мехур – разтриване и потупване над пубиса, поглаждане на бедрата.

- **Необходимо е да се изгради мехурен автоматизъм – притискане на мехура, поглаждане на вътрешната повърхност на бедрата, налягане на коремната стена.**
- **Ако гръбначномозъчното увреждане позволява – обработва се сегмента за въздействие на гръбначно-мозъчните коренчета, с цел рефлекторно въздействие.**