

ՌԵՖԵՐԱՏ

Անուն: Նամիկ Բարնդամյան

Նասցն: Արարատի մարզ ք. Արտաշատ փ. Աթոլյան տ. 63
հեռախոս 093-51-84-78

Վերապատրաստման ամսաթիվ: 02/04/07-27/04/07

Դասախոսի անուն Լատրա Մովսիսյան

Կլինիկան: Մանկական հանրապետական վերականգնողական կենտրոն

Ուսումնասիրման թեման: Մանկական ուղեղային կաթված /ՄՈՒԿ/

ՄՈՒԿ-ը դա տարբեր համախտանիշների հավաքածու է, որը բնորոշվում է շարժումների և կեցվածքի խանգարումով, որը առաջանում է ոչ հասուն ուղեղի ոչ պրոգրեսիվող ախտահարումից (National Collaboration Perinatal Project):

Այս սինդրոմին բնորոշ է՝ հանգստի և կամածին ակտիվության ժամանակ մկանային տոնի և կեցվածքի փոփոխությունը : Ուղեղի հասունացումը համարվում է մինչև 2 տարեկան հասակը, որոշ գրականություններում նշվում է 5 - 7 տարեկանը: Ներոլոգիական հասունացումը կարող է ապահովել կյանքի վաղ շրջանում որոշ լավացում:

Էպիդեմիոլոգիան 2-3/1000 կենդանի ծնունդից:

Ռիսկի ֆակտորները

Ընդհանուր

1. Հղիության չափը փոքր 32 շաբաթից
2. Պտղի քաշը փոքր 1500-ից

Մոր կողմից

1. Մտավոր հետամնացություն
2. Ցնցումներ
3. Հիպերթիրեոիզմ
4. Նախկինում 2 կամ ավելի մահացած պտուղ
5. Մյուս երեխան՝ մոտոր դիֆիցիտով

Հղիության ընթացքում

1. Զույգ պտուղ
2. Պտղի աճման հետամնացություն
3. Երրորդ եռամսյակի արյունահոսություն
4. Նեֆրոպաթիա
5. Խորիոնիդ
6. Պլացենտայի վաղաժամ շերտազատում և ցածր քաշ

Պտղի կողմից

1. ոչ ճիշտ առաջադրություն
2. պտղի մալֆորմացիաներ
3. բրադիկարդիա
4. նորածնային ցնցումներ

Էթիոլոգիան ըստ կարևորության պատճառները լինում են

1. անհասություն
2. իշեմիա
3. հիպոքսիա/անօքսիա
4. հիպերբիլիռուբինեմիա

5. տրավմա

Անհասություն - անհասություն+ուղեղի փխրուն անոթներ+անհասության ֆիզիկական սթրես նախատրամադրում են ուղեղի անոթների վնասման, որն էլ կարող է բերել կողմնային փորքների ինտրավենթրիկուլյար հեմոռագիաների:

Շատ ավելի փոքր քաշով նորածինների մոտ բարձր է պերիվենթրիկուլյար հեմոռագիկ ինֆարկտի հնարավորությունը: Սա վննոգ է, հետո առաջանում է լատերալ փորքների հարակից շրջանի սիմետրիկ նեկրոզ/ պերիվենթրիկուլյար լեյկոմալացիա /, որտեղով անցնում են պիրամիդալ ուղիները:

Ուղեղի վնասվածքը որը առաջացնում է ՄՌԻԿ կարող է լինել տարբեր շրջաններում:

1. նախածննդյան-պրենատալ
2. շուրջծննդյան- պերինատալ
3. հետծննդյան- պոստնատալ

Էթիոլոգիան – նախածննդյան շրջանում

1. Պորտալարի պրոբլեմների հետ կապված անոթսիա
2. Մոր ինֆեկցիաներ՝ TORCH
3. Մոր մոտ մետաբոլիկ խանգարումներ, ինչպիսիք են՝ դիաբետ, սրտի հիվանդությունները, հիպերթիրեոիզմը, ծանր աթթման
4. RH ֆակտորը, RH սենսիբիլիզացիան
5. հղիության ընթացքում որովայնի վնասվածքներ
6. նախածննդյան խնամքի բացակայություն

Perinatal Causes (Shortly before birth and 1-4 weeks after birth) պերինատալ պատճառներ

1. անօքսիա կապված պորտալարի պրոբլեմների հետ
2. շնչական օբստրուկցիայի պատճառով առաջացած ասֆիկսիա
3. շնչական համակարգի վրա ազդող դեղորայքի նշանակում Analgesics
4. ծննդաբերության ընթացքում գլխի տրավմա՝ արյունազեղումներ, պտղի վատ դիրք, տոտիկային առաջատրություն
5. ճնշման փոփոխություններ՝ ծննդաբերությունը շատ արագ է կամ շատ դանդաղ
6. անհասություն և տարբեր բարդություններ ծննդաբերության ընթացքում՝ շնչական դիսթրես, շատ ցածր քաշ
7. մակրոցեֆալիա
8. միկրոցեֆալիա

Էթիոլոգիան-պոստնատալ

Causes of Acquired Cerebral Palsy

1. գլխի տրավմա, որից առաջանում է գլխուղեղի վնասվածք
2. նյարդային համակարգի ինֆեկցիաներ՝ մենինգիտ, էնցեֆալիտ, ուղեղի աբսցես
3. գլխուղեղի անոթային պրոբլեմներ՝ տրոմբոզներ, արյունազեղումներ
4. թունավորումների, խեղդվելու /գրում և գազերով/ պատճառով առաջացած ուղեղի անօքսիա
5. ուղեղի նորագոյացություն՝ կիստա, հիդրոցեֆալիա, ուռուցք

ՄՈԻԿ-ը դասակարգվում է նաև մկանային տոնի աբնորմալությամբ և մարմնի մասերի ընդգրկումով:

Մկանային տոնով

I-սպաստիկ/պիրամիդալ 50-60%

1. կվադրիպարեզ
2. դիպլեգիա
3. տրիպլեգիա
4. հեմիպլեգիա/աջը 2x հաճախ է ձախից/
5. մոնոպարեզ

II-Գիսկինետիկ / էքստրապիրամիդալ 20-30%

1. ատետոիդ
2. խորեա
3. քալիստիկ
4. դիստոնիա

III - ատաքսիկ-5%

IV-ատոնիկ

V- խառը

Սպաստիկա - հիպերտոնիա

1. Մկանային տոնը պասիվ շարժման ժամանակ վերջույթի դիմադրությունն է, որը զգում է կլինիցիստը
2. Սպաստիկան դա մկանային տոնի բարձրացումն է կախված շարժման արագությունից

Աշվորդի /Ashword/ սանդղակ

0. նոռմալ տոն

1. թույլ տոնուսի բարձրացում, վերջույթը շարժելիս “բռնում” է կամ մինիմալ դիմադրություն շարժման ամպլիտուդայի վերջում
1+ թեթև հիպերտոնուս, վերջույթը հեշտ շարժվում է, դիմադրությունը ամպլիտուդայի կեսից պակասի ընթացքում
 2. ավելի նշանակալի տոնի բարձրացում ամպլիտուդայի ամբողջ ընթացքում, բայց վերջույթը հեշտ շարժվում է
 3. տոնի նշանակալի բարձրացում, վերջույթի պասիվ շարժումը դժվարացած է
 4. ծանր հիպերտոնուս, վերջույթը թիզիդ է
- Դիսկինետիկ/ էքստրապիրամիդալ ոչ կամածին շարժումներ

Ատետոզի

1. ընդգրկված են մեծ մկանավաբեր, առաջանում են կեցվածքի ոչ ստաբիլություն, մկանային տոնը փոփոխական է, սկզբում հիպոտոնիկ են, ատետոզի շարժումները առաջանում են կյանքի առաջին տարիների ընթացքում, պաճառը հիմնականում բազալ գանգլիոնների ախտահարումն է, հիպերբիլիռուբինեմիայի հետևանքով կամ ծանր անօրսիայի:

Դիսկինետիկ

Խորեա - փոքր մկանների ոչ կամածին շարժումներ, բալիստիկ – ժողովրդական, շղթայաձև շարժումներ, դիստոնիա - վերջույթը դիրք է ընդունում և որոշ ժամանակ չի կարող ուղղել :

Ատաքսիկ - ախտահարված է ուղեղիկը – լայն հիմքով, ճոճվող քայլվածք:

Ատոնիկ /հիպոտոնիկ / - հաճախ մի քանի ամիս հետո զարգանում է սպաստիկ կամ էքստրապիրամիդալ ձևը

Խառը

Ամենահաճախը սպաստիկ և ատետոզի ձևերն են համակցվում :

ԿԼԻՆԻԿԱՆ

Գրգռված են կամ լեթարգիկ, բարձր լաց, ծծելը թույլ է, լեզուն դուրս, կծելը տոնիկ, օռալ գերզգայնություն, վատ գլխի կոնտրոլ, ձիգ կամ թույլ կեցվածք, ոչ նորմալ կամ նրկարատև / կայուն ռեֆլեքսներ:

1. Ուշ շրջանում մինչև 1 տարեկան մոտոր հմտությունների կատարման անկարողություն, ինչպիսիք են՝ զարգացման ուշացում գլորվել փոքից մեջք – 4 ամսական, հակառակը՝ 5 ամսական, ինքնուրույն նստել, պահում է չոչոի դիրքը, չոչ անել – 7 ամսական:
2. Ոչ նորմալ մկանային տոն կամ դիրք /մկրատավորում, հանձնվելու դիրք
3. Ծարունակվող պրիմիտիվ ռեֆլեքսներ

4. Ձևքի բռնման կոնտրոլի ուշացում, ձևքերը բերում է միջին գիծ – 4 ամսական
5. Ձևքի գերակշռում մինչև 12 ամիս
6. Մեջքի գերատարածում, տարածիչ տոն ձգված / փայտի նման / գլորում
7. Ոչ նորմալ կամ պաշտպանական ռեֆլեքսներ
8. Վարքագծային փոփոխություններ – չեն մտնում նորմալ շփման մեջ շրջապատի հետ, գրգռված են, լացկան:

Ռեֆլեքսներ

1. նորածնային ավտոմատիկ քայլք 3 – 4 ամս.
2. վզի ուղղման կամ մարմնի դեռոտացիա - 4 ամս փոխարինվում է կամածին գլորումով
3. Մորթ – 4 -6 ամսական
4. ATNR -6-7
5. STNR- 6-7
6. Ափային բռնում 5-6
7. նրբանային բռնում 12-14
8. տեղադրման 11-12
9. տոնիկ լաբիրինթային
10. պաշտպանական ռեֆլեքսներ

Մկանային տոնի աբնորմալությունը հաճախ զուգակցվում է մկանային թուլության և ինքալանսի հետ, հատկապես որոշակի հոդերի շրջանում, որը կարող է բերել հոդերի կոնտրակտուրայի և որոշակի շարժման նմունչների՝ “մկրատավորում”, “թիկնապահի դիրք”, “տարածիչ դիրքավորում” և այլն:

Որոշ շարժումներ հանդիսանում են կայուն պրիմիտիվ ռեֆլեքսների կոմպոնենտներ, որոնք կարող են առաջնալ, երբ երեխան կամածին շարժումներ է կատարում, ATNR, STNR, TLR

Պաշտպանական հավասարակշռության և ուղղող ռեակցիաները կամ ուշանում են կամ էլ չեն առաջանում:

Միջին գծի ստրուկտուրաների /գլխի, իրանի/ կոնտրոլի դժվարությունը բերում է բալանսի խանգարման:

Մկանային ինքալանսի պատճառով առաջանում է ջլերի կարճացում և հոդերի շարժման ամպլիտուդայի սահմանափակում: Հաճախ ախտահարվում են hip add, flex, hamst, pl flex մկանները ստորին վերջույթներում և վերին վերջույթներում ֆլեքսոր մկանները:

Քայլող երեխաները ունեն ոչ բավարար քայլվածք՝ կարճ քայլի երկարություն, ծնկում և կոնքում իջած է շարժման ամպլիտուդան, էներգիայի ծախսը ավելի մեծ է և արագությունը իջած է:

Խանգարված է կորդինացիան, հատկապես ավելի բարդ մոտորային ակտիվությունների ժամանակ:

Ոսկրային դեֆորմացիաները

Կոնքի – մեծացած կոնքի ծալումը, առբերումը, ինտենճալ ռոտացիան բերում են ազդրի գլխիկի ենթահոդախախտման ացնտաբուլումից՝ կոքսավալցուս, ոչ լավ զարգացած գլխիկի և ացնտաբուլումի սաղրիկության:

Ողնաշարի դեֆորմացիաները - ավելի ծանր են՝ անշարժությունը և մկանային ասիմետրիան բերում են կիֆոզի կամ սկոլիոզի առաջացման

Թաթի դեֆորմացիաները – կրունկի վալցուս կամ վառուս, թաթի պռոնացիոն դեֆորմացիա, էկվինովառուս կամ էկվինովալցուս:

Համակցված պրոբլեմներ

Ճանաչողական խանգարումներ

Մտավոր հետամնացություն - բոլոր ՄՈՒԿ-ով հիվանդների 30% -ի մոտ / քվադրի-64%, հեմի-39%, դիալ-33%, դիսկին-30%

Ճանաչողական խանգարումներ- 40-50%-ի մոտ:

Ցնցումներ – 1/ 3-ի մոտ/հեմի-67%, քվադրի-57% դիալեզ-31% դիսկին-27%

Լսողական խանգարումներ – հաճախ են TORCH ինֆեկցիաների պատճառով նյարդային համակարգի բնածին ախտահարումների և հիպերբիլիռուբինեմիայի հետևանքով առաջացած սենսորիենվրալ լսողության կորուստ:

Օկուլոմոտոր համակարգում

Էկզոտրոպիա - զուգամետ շլություն կամ էկզոտրոպիա - տարամետ շլ.

տեսադաշտի դեֆիցիտ - ավելի հաճախ հեմիպարեզի ժամանակ

Սովորելու անկարողություն

Ապրաքսիաներ /ազնոզիաներ

Էմոցիոնալ և սոցիալական պրոբլեմներ – ընդունելու և հաշտվելու իրականության հետ :

Օռալ մոտոր ֆունկցիա

Ուտելու դժվարություններ – շրթունքները լրիվ չփակելը, թույլ ծծելը, ծամելու դժվարությունները կարող են բերել սնուցման խանգարումների:

Հազը ոչ էֆեկտիվ է և կարող է բերել ասպիրացիայի:

Շնչական մկանների դիսֆունկցիան, ոչ բավարար շնչառությունը, դեմքի մկանների սպաստիկան բերում է դիզարթրիայի որն էլ ազդում է հաղորդակցման վրա դժվարանում են կոնտրոլի ենթարկել օռալ սեկրեցիան և առաջանում է թքահոսություն:

Ընկալողական և արտահայտչական բնույթի խոսքի խանգարումներ
Էմալի դիսգնենց, ոչ նորմալ պրիկուս, կարինս, լնդերի հիպերպլազիա
Ստամոքսաղիքային համակարգ

Գաստրոէոզոֆագալ ռեֆլուքս, փորկապություն, որը կարող է ծանրանալ անշարժության, ոչ
բավարար քանակի հեղուկների և սննդի ընդունման պատճառով:

Միզապարկի և աղիների կոնտրոլ

Անմիզապահությունը ամենահաճախ հանդիպող սիմպտոմն է, որի վրա ազդում
է շարժունակության իջեցումը, հաղորդակցման և ճնաշողական ֆունկցիաներ խանգարումը:

Անմիզապահությամբ հիվանդների մեծ մասն ունեն փոքր տարողությամբ
հիպերռեֆլեքսիվ միզապարկ, որոշ հիվանդների մոտ դետրուգոր-սֆինկտոր, դիսսիներգիա:

ԲՈՒԺՈՒՍԸ

ՄՈՒԿ-ի սպեցիֆիկ բուժում չկա: Բուժման նպատակն է մաքսիմումի հասցնել հիվանդի
ինքնուրույնությունը: Բուժումը կազմակերպվում է արտահայտված սիմպտոմներով և
կարող է ներառել ֆիզիկական և օկուպացիոն թերապիա, օրթեզներ, օրթոպեդիկ
միջամտություն, լսողական ապարատ, դեղորայք, հատուկ կրթություն կամ շատ ծանր
դեպքերում հատուկ հաստատություններ-բազմադիսցիպլինար թիմ:

Դեղորայքային բուժումը կարող է ընդգրկել մկանայի ռելաքսանտներ՝ իջեցնելու համար
տրեմորը և սպաստիկան, հակացնցումային դեղորայք՝ կանխելու կամ իջեցնելու համար
ցնցումները:

ԲՈՒԺՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿԸ- նոր հմտությունների ձեռք բերում, նրկրորդային
բարդությունների կանխում, որքան հնարավոր է ինքնուրույնություն առօրյա կյանքում:

ՎԱՂ ՄԻԶԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆԸ- ցուցաբերվում է 0-3 տարեկան հասակի այն երեխաներին,
որոնք ունեն զարգացման հապաղում: նպատակն է իջեցնել ուղեղի վնասվածքի
ազդեցությունը ՄՈՒԿ-ի զարգացման վրա /Կյոնգ/ : Կան որոշակի խումբ երեխաներ,
որոնք վաղ շրջանում ցուցաբերում են գլխուղեղի վնասվածքի նշաններ, բայց մեծանալով
նշանները անցնում են: Կարևոր է որքան հնարավոր է վաղ ճանաչել զարգացման
հապաղումով երեխային , որպեսզի որքան հնարավոր է վաղ միջամտել:
Ռացիոնալությունը կապված է այն դերի հետ , որ վաղ տարիները մեծ նշանակություն
ունեն նորմալ զարգացող երեխաների համար և շրջապատի ազդակների, որոնք ազդում են
երեխայի զարգացման վրա:

Կան 2 մոդել վաղ միջամտության ցուցաբերման

- անմիջապես թերապիայի մոդել-կենտրոնում կամ տանը /PT,OT,լոգոպեդ/
- կոնսուլտացիոն մոդել

Բուժման մեթոդները

Բուժման նպատակը	Զգացող	Բուժական	Կլինիկ
-----------------	--------	----------	--------

	համակարգը, որը ազդում է մոտոր պատասխանի վրա	ակտիվությունը	պոպուլացիան
<p>NDTա/ բոբաթ նորմալացնել տոնը ք/ ճնշել պրիմիտիվ ռեֆլեկսները</p> <p>գ/հեշտացնել ավտոմատիկ ռեակցիաները,</p> <p>նորմալ շարժման նմուշները</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. կինեթեթիկ 2. պրոպրիոցեպտիվ 3. տակտիլ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. դիրքավորում, գրկում նորմալացնել ու զգացող ազդակների մուտքը 2. հեշտացնել ակտիվ շարժումները 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ՄՈՒԿ – ով երեխաներ 2. CVA – մեծահասակներ
<p>Զգացող շարժիչ/Ռուդ/</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ակտիվացնել կեցվածքային պատասխանները 2. ակտիվացնել շարժումները, երբ 1-ը ակտիվաց է 	<ol style="list-style-type: none"> 1. տակտիլ 2. պրոպրիոցեպտիվ 3. կինեստեթիկ 	<p>սենսոր ստիմուլ մոտոր պատասխանը ակտիվացնելու համար /խփումներ, խոզանակ, սառեցում/</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ՄՈՒԿ-ով երեխաներ 2. CVA-ով մեծահասակներ
<p>Վոյտա</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. կանխել վաղ հասակում ՄՈՒԿ-ը ռիսկի խմբի մոտ 2. լավացնել մոտոր վարքագիծը ՄՈՒԿ-ի մոտ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. պրոպրիոցեպտիվ 2. կինեթեթիկ 3. տակտիլ 	<p>գրգռել ռեֆլեկտոր շարժիչ զոնաները խթանելու համար շարժման նմուշները</p>	<p>ՄՈՒԿ-ով ռիսկով վաղ հասակի երեխա վաղ հասակի ՄՈՒԿ-ով երեխա</p>

ԲՈՒԺՈՒՄԸ ավելի մեծահասակ երեխաների մոտ շեշտը դրվում է ֆունկցիայի վրա

1. Էտապային զարգացման /մեծ շարժումների զարգացման
2. հողերի և փափուկ հյուսվածքների շարժունակությունը պահպանվում է ROM-ի և ձգման վարժություններով
3. այս երեխաների մոտ առկա է մկանային թուլություն, ուժեղացնելու նպատակով օգտագործվում են՝ ուժեղացման վարժ. կամ ուժեղացման. վարժ. պրոգրեսիվ ռեզիստիվ վարժությունների միջոցով
4. կնգվածքային ռեակցիաները պետք է զարգացվեն բոլոր դիրքերում /սկզբում գլխի և իրանի կոնտրոլը, որը ապահովում է ձեռքերի օգտագործումը
5. բալանսի վարժեցում, կարևոր է, որ երեխան ինքը կարողանա փոխել իր դիրքը, կնգվածքը, որովհետև նա ունի կամածին մոտոր կոնտրոլի խանգարում :

ՕՐԹԵԶՆԵՐ- Սպեցիֆիկ նպատակն է՝ կանխել կոնտրակտուրաները, ապահովել հողի օպտիմալ գծավորում, ապահովել սպեցիֆիկ շարժում, պաշտպանել թույլ մկանները, կոնտրոլի ենթարկել ոչ նորմալ տոնը :

Հաճախ օգտագործվում են AFO-ն և նրա տարատեսակները, օգտագործվում են նաև օգնող հարմարանքներ՝ քայլակներ, հենակներ, անվասայլակ, առօրյա ակտեվության, հաղորդակցման և այլն:

ԲԱԿԼՈՖԵՆ	Գործող. վայրը	մեխանիզմը	դոզան	կողմնակի էֆեկտները	նախազգուշաց ում
GABA B	ողնուղեղի աֆերենտ վերջավոր-ից իջեցում է գրգռող ռեցեպտ ներյոտորանսմիտ որն ազատումը		Max 20mg x4 սկսել 5mg x 2ավելացնել 3 օրը մեկ	թուլություն, հոգնածություն, շփոթված, դեպրեսիա, GL խանգարում	կարող է իջեցնել ցնցման շեմքը միանգամից հանելը – ցնցման պրովակացիա կամ հա լուցինացիա
ԴԱՆՏՐՈԼԵՆ	մկանային ֆիբրիլներ	սարկոպլազմա տիկ թաղանթից Ca- ի ազատման իջեցում	Max 12mg/kg /dey-400mg սկսել 0,5mg /kg x2ավելացնել 10,5/kg5- 7օրը մեկ	թուլություն, հոգնած, քնկոտություն, դիառեա	կարող է ընկճել շնչական ֆունկցիան, վերադարձելի, անվերադարձ հեպատոտոքսի կ
ԴԻԱԶԵՊԱՄ	ուղեղի հիմը ռետիկուլյար ֆորմացիան ողնուղեղը	բարձրացում է GABA միացությունն ըր, որով ուժեղացնում է պրեսինապտի կ արգելակումը GABA-ով	սկսել 2mg x2 ավելացնել 2mg 2-3 օրը մեկ max 20 mg	քնկոտ. հոգնած փորկապություն. հիշող. խանգար. միզային retention	կարող էզարգանալ կախվածություն կտրուկ հանելը կարող է առաջացնել ցնցում
Clonidin Tizanine					

ՕՐԹՈՊԵԴԻԿ ՎԻՐԱՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Միջամտությունը

նպատակը

Կոնքի ծալիչների նրկարացում

մեծացնել տարածումը կոնքում, իջեցնել

մկանային ինքալանսը՝ կոնքի և/հոդախախտի
ռիսկը, լավացնել կանգնելու գծավորումը,
քայլվածքը:

կոնքի առքերիչների երկարացում

մեծացնել կոնքի զատումը, իջեցնել
մկրատավորումը, իջեցնել և/հոդախախտի
հնարավոր-ը, հեշտացնել հիգիենայի կազմակ-ը :

հեմաթրինգների երկարացումը

մեծացնել ծնկան տարածումը, լավացնել
կանգնելու գծավորումը:

աքիլեսյան ջլի երկարացում

ապահովել ոտնաթաթի լրիվ կոնտակտը
գետնին, թույլ տալ օրթեզավորում, կրունկի
հարված:

ՆԵՅՐՈՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ՝ սպաստիկան իջեցնելու համար

- սնվելով դորզալ ռեզոտոմիա
- ինտրատեկալ բակլոֆեն պոմպ

Այլ միջամտություններ՝

նեյրոլիզ ֆենոլով կամ մկանի մոտոր կետի բլոկ – 4-6 % լուծույթը max 20 ml

BOTOX “A” – 1 -6 միավոր/կգ, կախված մկանի չափերից

Ֆունկցիոնալ էլեկտրական ստիմուլյացիա սպեցիֆիկ մկանների վարժեցման համար
թերապևտիկ էլեկտրական ստիմուլյացիա-ցածր լարման, բարձր հաճախականության էլ.
ստիմուլյացիան մեծացնում է արյան հոսքը, լավացնում է մկանի ուժը և մասսայի
մեծացումը

Թքահոսությունը իջեցնելու և միզապարկի կոնտրոլը լավացնելու համար օգտագործվում է
Oxibutini (Ditropan), Scopolamin, Glycopyrrolate.

Ամփոփում

ՄՈՒԿ – ով երկխայի արդյունավետ ռեաբիլիտացիան ներառում է՝

1. երկրորդային բարդությունների կանխումը
2. անկարողության իջեցումը
3. անհատի ինտեգրացմանը հասարակության մեջ

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՊԵՒ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒՄ

Անուն: Նասմիկ Բարեղամյան

Նասցն: Արարատի մարզ ք. Արտաշատ փ. Աբովյան տ. 63
հեռախոս 093-51-84-78

Վերապատրաստման ամսաթիվ: 02/04/07-27/04/07

Դասախոսի անունը

Լատրա Մովսիսյան

Կլինիկան: Մանկական հանրապետական վերականգնողական կենտրոն

Ուսումնասիրման թեման: Ողնուղեղի վնասվածք

ԸՆԴՈՒՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ և ԺԱՄԸ – 16/04/07թ 12:40

ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ -- բուժ. վերականգնողական

ՏԱՐԻՔԸ – 1992/17/01

ԲՆԱԿՆՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԸ – Մյունիքի մարզ ք. Մեղրի Փարամազի 8 բն. 11 հեռ. – 37-24–
Հայրը ոսկու հանքի բանվոր, մայրը՝ տնային տնտեսուհի
Ուղարկված է Մեղրիի պոլիլինիկայի կողմից
ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ – SCI C4-C6 մակարդակ, մասնակի
ԳԱՆԳԱՏՆԵՐԸ – Ձեռքերը լավ չի օգտագործում, քայլվածքը խանգարված է, աջ ոտքը
լարված:

ՀՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ – I երեխան է, ծնվել է ժամանակին, հասուն :
2005 թ.- ի հուլիսի 6-ին ընկել է գետը և ստացել է ողնաշարի C4 – C6 ողերի կոտրվածք:
Տեղափոխել են №3 մանկական հիվանդանոց: Բուժվել է 3 ամիս ընդմիջումով, 1 տարի 6
ամիս: Ապա կատարել են MRT և ուղարկել են, 2006 թ – ի դեկտեմբերին,
վերականգնողական կենտրոն:

ՍՈՅԻԱԼ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ

ԽՈՍՔ - նորմալ

ՄՏԱՎՈՐ ԶԱՐԳԱՅՈՒՄ – նորմալ

ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ – կախված է շրջապատից, կարող
է ինքնուրույն ուտել (L) ձեռքով:

ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ - չունի

ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ԷՏԱԿՆԵՐ – նորմալ

ՆԵՎՐՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՍՏԱՏՈՒՄ –

Խորը ջլային ռեֆլեքսներ

Վերին վերջույթ - բարձր (B)

Ստորին վերջույթ - բարձր (B) R>L

Մկանային տոնուս

Վերին վերջույթ - բարձր (B)

Ստորին վերջույթ - բարձր (B) R > L

Պայթյունային ռեֆլեքսներ – (-)

Զգացողություն – UE (B) իջած

Ոսկրա մկանային համակարգ -

Քայլվածք – քայլում է կաղալով դեպի աջ

Մեծ շարժումներ – նստում է, կանգնում է, քայլում է, դժվարանում է աստիճան
բարձրանալ, իջնել, վազել:

Մանր շարժումներ - դժվարացած են ձախ ձեռքում, բացակայում են աջում:

Բալանս – նորմալ

ՀՈԴԵՐԻ ՇԱՐԺՄԱՆ ԱՄՊԼԻՏՈՒԴԱ

Ակտիվ - բացակայում է աջ ուսի ext, abd, flex, արմնկի ext, դաստակի flx, մատների flx, ext

L ուսի abd, ext, flx, արմնկի ծալումը, նախարարակի սուպինացիան :

Մկանային ուժ – թույլ են ձախ և աջ վերին վերջույթի բոլոր մկանախմբերը, (R)LE _ HIP flex, abd, add, quart –ը

ՌԱԴԻՈԼՈԳԻԱՅԻ ԳԻՏԱՄԵԹՈԴԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ
“ՌԻԼՏՐԱՄԻՋԻՆԳ”

Больной 14 лет

Вр. Киракосян А. А.

На МР-томограммах шейного отдела позвоночника отмечается кифотическая деформация позвоночника на фоне признаков перенесенного умеренно выраженного переломовывеха С4-С5 позвонков. Вследствие этого С5 позвонок смещен кзади и подвержен клиновидной деформации. В результате отмечается стеноз позвоночного канала. Диаметр последнего на уровне межпозвонкового диска, а также С4-С5 составляет 9мм. Пульпозное ядро одноименного диска, а также пульпозные ядра на уровнях С3-С4 и С5-С6 находятся в состоянии протрузий граничащих с экстрюзиями (до 2 мм). Хотя сдавление ограничивается дуральным мешком, в спинном мозге на уровне С4 определяется очаг синингогидромиелитической трансформации, размерами 08*05см, как вероятный результат постконтуженной кистозно глиозной трансформации.

Исследовали врач-радиолог Петросян Нарине

К.М.Н., доцент Арам Кочарян 22/05/06

Компьютерная томография

На серии аксиальных КТ срезов шейных позвонков определяется небольшое угловое смещение в шейном отделе позвоночника с небольшим захождением кзади 4,5-ого шейных позвонков. Имеется линейный перелом с незначительным расхождением наружных отделов правой половины тел 5-ого и 4-ого шейных позвонков. Отмечается небольшое сужение спинномозгового канала на уровне С5 позвонков. Судить о состоянии спинного мозга не представляется возможным КТ. С этой целью необходимо МРТ исследование. КТ картина смещения кзади в сторону спинномозгового канала С5-С4 позвонков, с линейным переломом правой половины тел позвонков наэтом уровне.

Врач – Оганисян Р.А.

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

1. АROM-ի և PROM-ի վարժություններ (B) LE և UE
2. մկանային ուժեղացման վարժություններ

3. EMS
4. ADL-s-ի վարժեցում
5. Քայլվածքի վարժեցում

Նիվանդի բուժումը ընթացքի մեջ է: