Реферат

на тему:

**«Лечение полиомиелита и полиомиелит у беременных»**

Лечение расстройств дыхания. Восстановление нарушенной легочной вентиляции проводится с помощью аппаратов искусственного дыхания. Применяются различные аппараты и методы в зависимости от формы поражения.

Для лечения расстройств дыхания спинального типа применяются:

а) боксовые респираторы (танковые), «железные легкие»;

б) панцирные (кирасовые);

в) пневматическая манжета или пояс.

Показаниями (по Л.М. Поповой) для аппаратного искусственного дыхания являются:

1) снижение жизненной емкости легких до 25 % возрастной нормы (для взрослых до 1500—1000 мл, подростков — 1000—750 мл, детей — менее 500 мл). Имеются указания, что при поражении диафрагмы аппаратное лечение следует применять уже при значительно меньшем падении жизненной емкости (до 40%), вне зависимости от наличия признаков гипоксии;

2) увеличение содержания углекислоты в выдыхаемом воздухе свыше 4,5%; 3) гипоксия с падением насыщения артериальной крови кислородом до 91—93%. Следует учитывать, что цианоз появляется при значительно меньшем содержании кислорода (85% и ниже), и проверять газовый состав крови приборами. Повышение кровяного давления является косвенным показателем увеличения содержания в крови углекислоты. Лечение в боксовом респираторе показано только при свободных дыхательных путях (сухие формы). При бульбарных формах с фарингеальным типом расстройства («мокрые» формы) рекомендуется лечение положением «дренажа» для борьбы с затеканием жидкости и освобождения глотки от заполняющего ее секрета. Больного надо положить на живот или на бок, поднять ножной или опустить головной конец кровати. Угол наклона от 10 до 30— 35°. Если больной такое положение плохо переносит, создают возвышенное положение таза и туловища, подкладывая под них матрац. Голова и ноги при этом находятся на одном уровне. В положении «дренажа» больной должен находиться каждый час по 5—10 мин. Для отсасывания применяют резиновый катетер с отверстиями на конце, водоструйный насос, электроотсосы. Резиновый катетер вводят в глотку через нос. Если указанными мерами не удается освободить дыхательные пути, показана срочная трахеотомия. Следует избегать западения языка, удушья и не отсасывать чрезмерно или под высоким давлением, чтобы не повредить слизистую оболочку глотки.

При аспирации секрета в дыхательные пути отсасывание проводят с помощью интубатора или бронхоскопа. Важнейшее значение для борьбы с асфиксией имеет своевременная трахеотомия. Трахеотомию не следует слишком затягивать, т. к. наступающие при закупорке дыхательных путей гипоксия и гиперкапния могут вызвать отек мозга и обусловить тяжелейшие расстройства бульбарных центров дыхания и кровообращения. Абсолютными показаниями к трахеотомии, по Л.М. Поповой, являются:

1) паралич голосовых связок (положение их по средней линии);

2) закупорка дыхательных путей;

3) прогрессирующая гипоксия при сохранности функции дыхательной мускулатуры. После трахеотомии проводят искусственное интратрахеальное дыхание аппаратами различных систем.

Больной с дыхательными нарушениями должен находиться под особым наблюдением врачей и специально обученного персонала. Под контролем клинических признаков и результатов специальных лабораторных исследований регулируют объем одного вдоха или минутный дыхательный объем, частоту дыхания, давление в дыхательных путях, содержание кислорода и др.

Через различные сроки (в зависимости от состояния больного) можно произвести декануляцию при строгой предварительной проверке восстановления достаточного самостоятельного дыхания. Показаниями к декануляции при бульбарной и бульбоспинальной формах служат:

1) полное вес-становление глотания и функций мышц гортани;

2) восстановление дыхания, обеспечивающее достаточную жизненную емкость;

3) отсутствие легочных осложнений;

4) хороший кашлевой толчок;

5) достаточное собственное дыхание больного при закрытой трахеотомической трубочке в течение 24 часов.

При нарушениях дыхания вследствие поражения дыхательного центра в продолговатом мозге («паралич команды») лечение в боксовых респираторах противопоказано. Применяют искусственное дыхание с трахеотомией, массивное введение увлажненного кислорода через маску, назначают сердечные средства.

Лечебная физкультура и массаж при полиомиелите, В комплексе лечебных мероприятий, применяемых при полиомиелите, лечебная физкультура и массаж занимают одно из основных мест.

Использование этих методов лечения дает возможность оказать положительное влияние на функциональные изменения, возникшие в центральной нервной системе больных полиомиелитом, укрепить ослабленные мышцы, предупредить развитие деформаций, а также уменьшить величину трофических расстройств. Кроме того, метод лечебной физкультуры помогает выработке компенсаторных приспособлений, улучшающих функциональные возможности больного.

Методика лечебной физкультуры и массажа на различных этапах развития заболевания неодинакова. В остром периоде со стабилизацией параличей и уменьшением болевых ощущений используются дозированные по объему, количеству и темпу пассивные движения в суставах (лучше в теплой воде) и отдельные приемы массажа (поглаживание, вибрация). В восстановительном периоде в процедуру лечебной физкультуры включаются активные упражнения, направленные на дифференцированное укрепление пораженных мышц адекватно 0Х функциональным возможностям.

Массаж нужно выполнять с большей интенсивностью, проводить осторожное разминание мышц, а также массаж водяной струей. В резидуальном периоде заболевания методика лечебной физкультуры направлена на развитие у больного компенсаторных приспособлений и закрепление функционального результата, достигнутого различными хирургическими вмешательствами, а массаж распространяется также и на непораженные мышцы.

Методика лечебной физкультуры при полиомиелите обладает определенными особенностями. Большая эффективность использования физических упражнений достигается созданием оптимальных условий для функции пораженных мышц путем комплексного применения лечения положением, тепловых процедур, массажа. Использование общеукрепляющих упражнений, проводимых с учетом двигательных нарушений, способствует повышению общих функциональных возможностей больного.

Особенно большую роль играют специальные упражнения, применяемые в точном соответствии с локализацией и глубиной поражения мышц. Для стимуляции функции глубоко пораженных мышц применяются пассивные движения, сопровождаемые вибрацией, и легкий массаж, проводимый избирательно. Облегчение нагрузки при выполнении физических упражнений, направленных на укрепление ослабленных мышц, достигается подбором соответствующего исходного положения, проведением движений в воде, поддержкой конечности лямкой или опорой ее на гладкую поверхность, из пластмассы. С увеличением силы мышц для дальнейшего их укрепления применяют упражнения с постепенно возрастающим сопротивлением. При применении специальных физических упражнений должны быть учтены функциональные особенности мышцы, а именно участие ее в стабилизации суставов, в выполнении комплексных движений естественного характера и т. д.

Улучшение функции пораженных мышц достигается и в процессе обучения больных навыку стояния и ходьбе. Больного обучают стоять с равномерной нагрузкой на нижние конечности, а затем ходить между поручнями, а также с двусторонней и попеременной опорой рук на специальные приспособления, перемещаемые в момент шага [подставку—сани, козелки, канадские костыли] и с преодолением препятствий.

В период постельного режима большое внимание уделяется предупреждению и устранению контрактур (путем проведения преимущественно пассивных движений в суставах) и закреплению достигнутого результата последующим применением гипсовых лонгет, проволочных шин; необходимо придавать больному специальное положение в постели. Предупреждение статических деформаций конечностей и позвоночника достигается посредством укрепления физическими упражнениями и массажем мышечно-связочного аппарата, точной регламентации двигательного режима, использования специальных приспособлений, стабилизирующих суставы и позвоночник.

В связи с различным характером двигательных нарушений у больных наиболее целесообразно индивидуальное проведение занятий лечебной физкультурой.

Специальные упражнения должны тесно сочетаться с движениями общеукрепляющего характера и массажем. Инструктор по лечебной физкультуре, занимающийся с больными, перенесшими полиомиелит, должен быть хорошо знаком с основами динамической анатомии и владеть техникой массажа.

Хирургическое лечение последствий полиомиелита

При полиомиелите в восстановительном периоде и в последующее время появляются контрактуры и деформации. Непарализованные мышцы в результате бездействия антагонистов сокращаются, что ведет к развитию контрактур, по преимуществу к сгибательным контрактурам тазобедренного, коленного и голеностопного суставов. Вследствие длительного ненормального положения конечности при лежании, сидении и при нагрузке на нее развиваются разнообразные костносуставные деформации и искривления, еще более нарушающие функцию конечности. Образуются болтающиеся суставы, вывихи и подвывихи. Разнообразные деформации возникают при параличах мышц стопы.

Во втором периоде восстановления при постепенном восстановлении мышц для предупреждения контрактур и деформаций исключительное значение придается ортопедической профилактике — лечебная гимнастика, легкий массаж, гимнастика в водяных ваннах с массажем, ортопедические шины, аппараты и т. д. Оперативные методы лечения в остром и восстановительном периодах полиомиелита противопоказаны, т. к. в этот период процесс восстановления функций мышц не закончен. Особенно противопоказаны операции на костях, поскольку полиомиелитом заболевают дети, и через 4—5 лет после заболевания, рекомендуется применять хирургическое оперативное лечение для устранения деформации, достижения большей устойчивости конечности, туловища, восстановления по возможности двигательной функции конечности.

Для устранения контрактури связанных с ними деформаций применяются операции на мягких тканях. При контрактурах тазобедренного сустава — при сгибательно-отводящих контрактурах — рекомендуется удлинение на месте прикрепления к подвздошной кости прямой мышцы и мышцы, натягивающей широкую фасцию бедра. При сгибательно-приво-дящих контрактурах можно применить миотомию приводящих мышц бедра.

При контрактурах коленного сустава, при поражении разгибателя коленного сустава показано удлинение сгибателя в подколенной ямке, задняя капсулотомия, пересечение широкой фасции бедра. В отдельных случаях при особых показаниях может быть рекомендована операция пересадки сгибателей на надколенник: с наружной стороны берется длинная головка. При контрактурах голеностопного сустава и связанных с ними различных деформациях применяется ряд оперативных вмешательств в зависимости от возраста больного и степени деформации.

При значительных контрактурах с наличием деформаций суставов рекомендуется делать операции — артродезы суставов*.* Артродезы показаны в тех случаях, когда фиксация сустава путем артродеза создает больному лучшие условия пользования конечностью при ходьбе, стоянии и тем самым выполняет назначение ортопедических аппаратов. Артродезы могут быть рекомендованы у лиц не моложе 12—14 лет в области тазобедренного, коленного и голеностопного суставов.

Кроме артродеза, в области тазобедренного сустава при соответствующих показаниях могут быть рекомендованы операции навеса. При невправимом вывихе снекоторой сохранностью отводящих мышц может быть показана и операция — остеотомия типа Шанца.

Артродез коленного сустава производится сравнительно редко, только после тщательного определения состояния конечности, которое возникнет после операции. Кроме артродеза мышцы при параличе устава большеберцовой мышцы коленного сустава.

При невозможности вывести стопу в правильное положение консервативными методами — редрессацией или путем операции на ахилловом сухожилии — рекомендуются операции на скелете стопы: остеоклазия, резекция, астрагалэктомия.

На верхних конечностях при параличе дельтовидной мышцы рекомендуется делать артродез плечевого сустава с интра- и экстраартикулярным введением трансплантата при обязательном сохранении функции трапециевидной мышцы.

Значительные сложности возникают в отношении операции ар-тродезов при двусторонних поражениях конечности. Операции могут производиться при условии, что больной после операции будет передвигаться без аппаратов, но с костылями.

Артродезы производят за один этап не более чем по одному на каждой конечности.

Важное место в лечении детских параличей занимает пересадка сухожилий действующйх мышц на место сухожилий мышц парализованных. Она должна производиться только при заведомо стойком параличе мышцы. Прежде чем приступить к пересадке сухожилия, необходимо устранить все имеющиеся контрактуры и деформации. Перед операцией требуется тщательно установить, какие мышцы сохранились совершенно или частично и как велика сохранившаяся в них сила.

Перемещение сухожилий производится по возможности по прямой линии, субфасциально, через канал, образованный при помощи корнцанга. Конец сухожилия следует прикреплять прочно.

Пересадкам сухожилий предпочтение отдается тогда, когда пересаживаются мышцы, родственные в функциональном отношении; и чем ближе по функции пересаживаемая мышца к парализованной, тем эффект благоприятнее и быстрее.

Успех может быть даже тогда, когда вместо родственной по функции используется мышца, отдаленная как по положению, так и по функции, даже мышца-аптагонист, но только в послеоперационном периоде требуется соответствующая тренировка и воспитание пересаженной мышцы.

При изолированном параличе больше-берцовой мышцы показана пересадка длинной малоберцовой мышцы. При поражении одной или обеих малоберцовых пересаживается болыиеберцовая мышца.

При параличе задних мышц голени и при деформации типа «пяточной стопы» пересаживается малоберцовая мышца. При паралитической отпадающей стопе можно применять различные комбинации пересадки мышц: подвешивание стопы в трех точках, используя трехглавую мышцу по Вредену, пересадка ахиллова сухожилия на наружный или внутренний край среднего отдела стопы и пр. В результате нарушения мышечного равновесид туловища при параличах брюшных и грудных мышц наблюдаются особенно тяжелые деформации позвоночника — сколиозы. При паралитическом сколиозе применяется фиксация позвоночника трансплантатом.

У значительного числа больных при параличе одной нижней конечности отмечается укорочение ноги, которое может быть различным (от 2—3 до 8—10 см и больше) в зависимости от того, в каком возрасте больной перенес П. и какая была степень распространения паралича. Чтобы усилить рост укороченной парализованной конечности, Т.С. Зацепин рекомендует применять в резидуальном периоде оперативную стимуляцию раздражение зоны роста костей путем введения костного трансплантата.

В.Д. Дедовой разработана методика удлинения костей голени или бедра путем операции У-образной остеотомии и последующего растягивания конечности аппаратом О.Н. Гудушаури.

Полиомиелит у беременных

При беременности восприимчивость женщин к заболеванию острым полиомиелитом увеличивается. Заболевание может наступить на любом месяце беременности и выражается различными клиническими формами. Наблюдаются случаи с распространенными спинальными и бульбо-спинальными параличами или с ограниченными поражениями отдельных мышечных групп конечностей и туловища, понтинная форма с изолированным параличом мимических мышц и др. При заболевании полиомиелитом в первой половине беременности может наступить самопроизвольный выкидыш, а при заболевании в последние месяцы возможны преждевременные роды. Инфекционный процесс, как правило, не распространяется на плод, влияют токсические факторы и особенно кислородная недостаточность. При развитии болезни у беременных препаралитический период не имеет существенных особенностей. Течение же паралитического периода определяется локализацией, распространенностью и тяжестью параличей. Параличи, ограниченные отдельными мышцами, на течении беременности не отражаются, но при распространенных параличах беременность переносится физически очень тяжело. Самостоятельная родовая деятельность и нормальные роды наблюдаются у большинства больных, в том числе и при распространенных параличах с тяжелым поражением обеих ног.

Опасными для жизни будущей матери являются формы полиомиелита с дыхательными расстройствами. При очень тяжелых формах и при несвоевременном выявлении прогрессирующей дыхательной недостаточности может наступить летальный исход. Опасность остается и после окончания острой фазы болезни в связи с возможностью усиления дыхательной недостаточности в последние месяцы беременности, когда соответственно увеличению матки уменьшается дыхательный объем и жизненная емкость легких. Аппаратное лечение проводится по общим принципам. Особое значение имеет уход за больной, находящейся в дыхательном приборе; необходимо обеспечить удобное положение, чтобы больная могла привыкнуть к аппарату. Указывают, что панцирный респиратор и кровать-качалка неудобны и неэффективны. При наступлении родов больную нужно оставить в респираторе, но применять купол или приборы, создающие переменное положительное давление. Послеродовой период у большинства больных протекает без осложнений. Обычно наступает увеличение жизненной емкости легких и уменьшение дыхательных расстройств.

При полиомиелите беременных показано особо тщательное наблюдение за водным и электролитовым балансом с тем, чтобы избежать задержки солей и щелочи, предотвратить развитие токсикоза. Пища должна содержать достаточное количество витаминов и железа. Препараты кальция и витамина Б не показаны, т. к. наступает деминерализация (Спенсер). Заболевание полиомиелита сильно травмирует психику беременной, поэтому следует уделять большое внимание улучшению ее психического состояния (надо объяснить, что роды протекают нормально, ребенок рождается здоровым, а дыхание после родов улучшается).