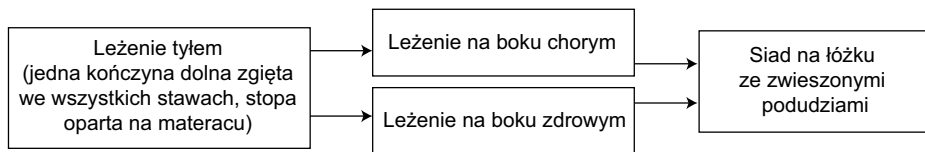
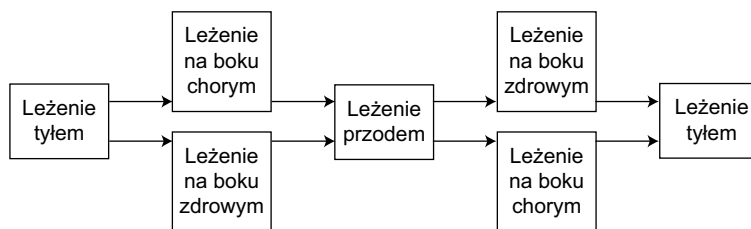


tułowia, które powinny być wykorzystywane w fizjoterapii funkcjonalnej. Z obserwacji klinicznych wynika, że wielu pacjentów posługuje się tułowiem w bardzo ograniczony sposób. Brak umiejętności wykonywania selektywnych ruchów tułowiem jest wynikiem nadmiernej kompensacji.

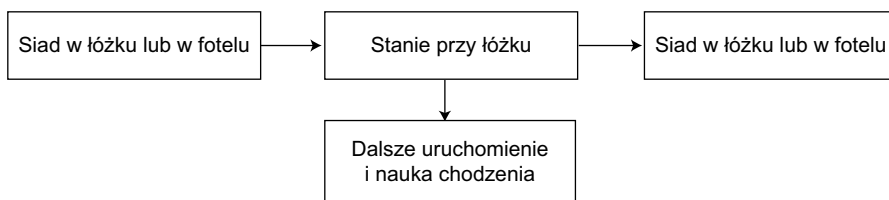
Niekontrolowana zmiana pozycji oraz pionizacja może prowadzić do nadaktywności zdrowej strony ciała. Powoduje to zwiększenie patologicznego napięcia mięśniowego w dystalnych częściach kończyn objętych deficytem neurologicznym. Zastępowanie aktywności chorej części ciała przez aktywność zdrowej, z częściową aktywnością niedowładnych kończyn, utrwała wzorce patologiczne. Dlatego celem kontrolowanej zmiany pozycji oraz pionizacji funkcjonalnej jest uczenie chorego takich czynności, które wynikają z prawidłowego wzorca funkcjonalnego w zadaniu motorycznym (ryc. 13.5 i 13.6). Fizjoterapia wczesna zmierza do uzyskania właściwej funkcji tułowia w coraz wyższych pozycjach (siadanie, siedzenie, stanie) oraz umożliwienia choremu chodzenia (ryc. 13.7).



**Rycina 13.5.** Schemat nauki przyjmowania pozycji siedzącej.



**Rycina 13.6.** Schemat nauki obrotów.



**Rycina 13.7.** Schemat przyjmowania pozycji stojącej.

Ćwiczenia zmiany pozycji oraz przygotowujące chorych do pionizacji polegają na uaktywnieniu tułowia, wykorzystaniu prawidłowych wzorców ruchowych kończyn nieobjętych deficytem neurologicznym oraz kształtowaniu wzorców ruchowych kończyn niedowładnych.

Nauka chodzenia powinna przebiegać z torowaniem funkcji tułowia oraz wzorców ruchowych kończyn górnych i dolnych.

Dalsze postępowanie musi wynikać z wnikliwej analizy wszystkich wskazań i przeciwwskazań do fizjoterapii. Powinno ono podlegać stałym modyfikacjom wynikającym ze zmian, jakie mogą wystąpić w stanie klinicznym chorego. Wczesna fizjoterapia ma więc decydujące znaczenie dla dalszego procesu usprawniania i stopnia niepełnosprawności.

## 13.4. Fizjoterapia po leczeniu operacyjnym urazów czaszkowo-mózgowych

Osoby po urazach czaszkowo-mózgowych wymagają interwencji chirurgicznej z powodu krwiaków pourazowych śródmózgowych i zewnątrzmożgowych oraz pourazowych wgłobień kości czaszki.

Fizjoterapia osób po urazach czaszkowo-mózgowych powinna się rozpocząć już na oddziałach intensywnej opieki medycznej (OIOM) i trwać do zakończenia adaptacji społecznej w środowisku pacjenta.

Postępowanie usprawniające osób z urazowym uszkodzeniem mózgu leczonych chirurgicznie powinno przebiegać w trzech okresach (ryc. 13.8).

Okres I to fizjoterapia wczesna prowadzona w okresie okołoperacyjnym – trwa od kilku dni do kilku tygodni. Współistniejące zaburzenia świadomości oraz zaburzenia wegetatywne (wahania tętna, spadki ciśnienia) wymagają szczególnej ostrożności podczas ćwiczeń, a przede wszystkim podczas pionizacji. Okres ten wymaga postępowania według zasad profilaktyki ogólnoustrojowej i funkcjonalnej:

- profilaktyka odleżyn, przykurczów, powikłań oddechowych i zapalno-zakrzepowych;
- ćwiczenia oddechowe;
- funkcjonalne ułożenie pacjenta, w szczególności kończyn objętych niedowładem, a także częsta zmiana pozycji (co 2–3 godziny);
- bierne ruchy kończyn;
- stymulacja ekstero- i proprioceptywna;
- masaż kończyn.

Zalecenia w okresie profilaktyki funkcjonalnej są następujące:

- łóżko pacjenta powinno być ustawione tak, aby wszystkie obiekty, w tym osoby, były umiejscowione po stronie niedowładnej, a dostęp do niego był z trzech stron;
- niedowładne kończyny powinny być ułożone w pozycjach zapobiegających przykurczom;