

CONTRIBUȚII LA TRATAMENTUL PRIN CULTURĂ FIZICĂ MEDICALĂ A PARALIZIEI SPASTICE LA COPII**

E. Balogh, A. Kamenitzky, V. Fărcaș

Grupul foarte vast al paraliziiilor spastice infantile cuprinde o gamă întreagă de leziuni cerebrale care se manifestă clinic prin spasticitate, rigiditate, atetoză, ataxie și atonie, adesea asociate între ele, dînd forme clinice combinate. Ceea ce agravează în unele cazuri și mai mult tabloul clinic, este deficitul intelectual.

Este de remarcă faptul, că între diferiții autori există deosebiri de păreri, atît în ce privește nomenclatura, cît și concepția terapeutică. În aceste cazuri se folosește în general terapia complexă.

Din punct de vedere al tratamentului este esențială o stabilire cît mai precocă a diagnosticului, deoarece în felul acesta se evită apariția tulburărilor secundare (musculare, tendinoase, osteoarticulare, etc.).

În ceea ce privește metodică de aplicare a culturii fizice medicale, există diverse păreri. După *Temple Fay* procesul de învățare al schemelor motorii fundamentale se fectuează conform evoluției motorii filogenetice. *Bobath* și *Colli* preconizează ca exercițiile să fie în așa fel alese, încît ele să acționeze contra posturii patologice, inclusiv asupra atitudinii vicioase a capului. Tratamentul prin cultură fizică medicală se bazează pe exerciții de relaxare și exerciții corective, preconizate de *Maloney*, *Frankel*, *Allisen*, *Crozier*, compuse din mișcări pasive ritmice pînă la cedarea spasmului. Urmează apoi trecerea treptată la manipulări ușoare de elongație și la mișcări active simple, urmate de exerciții complexe.

** Lucrare prezentată la simpozionul „Tratamentul ortopedico-chirurgical al paraliziiilor spastice cerebrale“ din 17—18 mai 1963, Tg.-Mureș, organizat de către USSM — Societatea de ortopedie și traumatologie.

Prezenta lucrare își propune discutarea rezultatelor obținute de serviciul de cultură fizică medicală din cadrul Dispensarului regional pentru sportivi, rezultate înregistrate în 8 ani de tratament aplicat copiilor cu paralizie spastică.

În această perioadă am urmărit un număr de 52 de cazuri, 24 fete și 28 băieți, din care 29 cu hemiplegie și 23 diplegie—tetraplegie.

Din punct de vedere funcțional 7 copii (între 2—8 ani) nu puteau merge, 16 copii (între 3—10 ani) mergeau când erau susținuți, iar 28 de copii (între 5—6 ani) se deplasau singuri.

Au fost supuse unui tratament 5 cazuri de peste cinci ani, 9 cazuri între 3—5 ani, și 21 de cazuri între 2—3 ani.

Metoda de lucru:

Dată fiind diversitatea cazurilor, tratamentul aplicat s-a ales întotdeauna în funcție de fiecare caz în parte. În general formele adaptate în tratament au prezentat atât sindrom piramidal, cit și extrapiramidal. Am întâlnit astfel forme clinice combinate, în care spasticitatea era asociată rigidității, cu predominanța uneia din aceste forme. În afară de diferențele individuale de tratament, am aplicat în toate cazurile următoarea schemă terapeutică:

- Regim de acomodare
- Regim de tratament special (coordonare și relaxare)
- Regim de reeducare funcțională
- Regim de întreținere.

Regimul de acomodare asigură inițierea copiilor în activitatea de cultură fizică medicală, ducând la stabilirea relațiilor între bolnav, medic și profesorul de cultură fizică medicală. Este necesar să asigurăm acomodarea treptată a copilului la mediul în care va lucra, prin convorbiri și metode pedagogice cu caracter psiho-terapeutic, pentru a nu întâmpina nici o rezistență la introducerea regimului de tratament special.

Tratamentul din această primă perioadă a constat din: 1) acomodare la mediul nou în care copilul își va urma activitatea; 2) tratament prin agenți termici; 3) masaj relaxator; 4) controlul antropometric și al gradului de mobilitate articulară a segmentelor interesate; 5) psihoterapie-exemplificări; 6) tratament prin cultură fizică medicală compus din: a) exerciții liniștitoare și de respirație din poziția culcată și șezândă, b) exerciții pasivo-active simple din poziția culcată și șezândă cu sprijin, c) exerciții pasivo-active cu folosirea unor aparate ajutătoare ca: scaune pentru poziția șezândă rezemată, cîrje pentru poziția stîndă, bare pentru mers cu sprijin etc.

Durata regimului de acomodare variază de la caz la caz. Noi am aplicat în general o perioadă de 3-4 săptămîni.

Regimul de tratament special aplicat a urmărit în deosebi coordonarea mișcărilor, înlăturarea treptată a spasticității și realizarea posturii fiziologice prin: 1) tratament fizioterapeutic (termoterapie asociată cu masaj relaxator); 2) tratament prin cultură fizică medicală axat pe: a) exerciții de coordonare ale mișcărilor membrelor din pozițiile culcat sau stînd rezemat și stînd sprijinit, cu aparate speciale; b) exerciții de relaxare a musculaturii membrelor din poziții odihnitoare; c) exerciții imitative cu deplasare, cu sau fără sprijin; d) exerciții de țiere din poziții comode pentru pacient. Exercițiile, la început pasive, devin apoi activo-pasive și, în limita posibilității pacientului, active. 3) tratament ortopedico-chirurgical (în cazul cînd este necesar) și 4) tratament medicamentos (medicație deconectantă și decontracturantă).

Durata regimului de tratament special a fost eșalonată pe o perioadă lungă care depășește uneori 2—3 ani.

Regimul de reeducare funcțională reprezintă procesul de aplicare a deprinderilor motrice de bază, formate în perioada anterioară tratamentului prin cultură fizică medicală. În această perioadă se urmărește învățarea mersului și actul prehensiunii, folosind metode speciale pentru fiecare act.

1. Metodica învățării mersului a fost următoarea:

- exerciții de relaxare din poziții comode pentru pacient
- exerciții de tirire
- exerciții de mers: a) mers cu sprijinul terapeutului (uni- sau bilateral); b) mers între bare paralele; c) mers cu cirje; d) mers pe plan înclinat; e) mers și deplasări peste obstacole, pe linie dreaptă trasată pe podea, urcare pe scări, etc.; f) plimbări scurte sub control; g) învățarea mersului cu control în oglindă.

2. În metodica învățării prehensiunii și a mișcărilor de finețe ale degetelor, am folosit: a) exerciții active libere analitice ale membrilor superioare; b) exerciții de coordonare fină a mișcărilor membrilor superioare, c) exerciții analitice ale degetelor, ca: urmărirea cu degetul a unor modele reliefate și apoi nereliefate, mișcări de flexie, extensie, apropierea și îndepărtarea degetelor la comandă, d) exerciții de îndeminare cu obiecte portative ușoare (cuburi, bețișoare, plastilină, mingi de cauciuc etc.), e) aruncarea și prinderea mingilor de diferite dimensiuni (de tenis, oină, volei), f) exerciții de imitare a proceselor de producție, g) exerciții uzuale pentru autoservire (încheierea de nasturi, legarea șiretului la pantofi, îmbrăcarea-dezbrăcarea, etc.), h) exerciții ale membrilor superioare combinate cu mers.

Durata acestei perioade de tratament era condiționată de progresele realizate în decursul întregului proces de reeducare și în funcție de gravitatea cazului urmărit.

Regimul de întreținere completează tratamentul propriu zis și urmărește consolidarea și menținerea rezultatelor obținute. Această parte a terapiei constă dintr-un complex de exerciții curative ce se aplică pacientului cotidian, la domiciliu, de către persoana care îl îngrijește, sub controlul periodic al medicului și al profesorului de cultură fizică medicală.

În această perioadă am utilizat următoarele exerciții:

- complex de exerciții de înviorare,
- exerciții corective de mers pe teren variat,
- exerciții de îndeminare pentru membrul superior și în special pentru degete,
- plimbări pe teren plat (cu durată variabilă în funcție de posibilități) cu tricicleta având la pedale fixator pentru picioare.

Discutarea cazurilor.

Rezultatele obținute prin acest tratament au fost următoarele:

Ameliorări satisfăcătoare, însușirea deprinderilor motrice necesare pentru activitatea preșcolară, școlară și profesională: 11 cazuri (21,11%).

Ameliorări ușoare, însușirea mișcărilor elementare de autoservire: 15 cazuri (28,84%).

Staționari: 9 cazuri (17,81%).

Scoși din evidență: 17 cazuri (32,74%).

Procentul mare al celor scoși din evidență îl reprezintă copiii ai căror părinți, scontând pe rezultate spectaculoase într-un timp scurt, au neglijat tratamentul, dând dovadă de nepăsare.

Deoarece tratamentul prin gimnastică medicală cere o participare activă a pacientului și un efort de voință din partea lui, nu am obținut nici un rezultat în patru cazuri. La acești copii capacitățile intelectuale erau sub nivelul obișnuit.

În 11 cazuri am obținut rezultate satisfăcătoare și în 15 cazuri ameliorări ușoare. Aceste rezultate le-au prezentat copiii care au frecventat cu regularitate

sala de gimnastică, fără să se plictisească de monotonia relativă a tratamentului și de durata sa lungă, cât și cei proveniți din familii cu mai mulți copii. Aceștia din urmă erau angrenați acasă în diferitele jocuri ale fraților lor, nu erau menajați și răsfățați de părinți și n-au devenit recalitranti și capricioși în cursul tratamentului.

La unii am avut și insuccese temporare, fapt care s-a explicat în majoritatea cazurilor printr-un regim de viață neadecvat. În următoarele cazuri am observat regresii sau agravări ale stării copilului:

— când unii pacienți, fiind obligați să parcurgă pe jos traseul pînă la școală, erau supuși unui efort ce depășea posibilitățile lor;

— la copiii care în timpul vacanței petrecute la munte au făcut eforturi mari, umblind pe terenuri variate și inegale, și au fost astfel supuși unor sollicitări care le-au accentuat spasticitatea;

— la copiii care au întrerupt tratamentul din cauza unor maladii de lungă durată (hepatită epidemică, scarlatină etc.) sau din motive familiale;

— la copiii tratați la domiciliu în mod necorespunzător de un personal insuficient calificat.

Factorul social are un efect pozitiv asupra evoluției cazurilor, prin creșterea autocontrolului odată cu înaintarea în vîrstă. Copilul conștient de deficiența sa, caută să și-o corecteze. În perioada în care începe solicitarea școlară care cere copilului spastic un efort de voință și o concentrare mare, intervine oboseala nervoasă. Această din urmă, scăzînd posibilitatea de autocontrol și coordonarea, influențează în mod defavorabil rezultatele tratamentului prin cultură fizică medicală. Se știe că la oboseală controlul conștient și reflex al mișcărilor este deficitar, chiar și la copiii sănătoși coordonarea mișcărilor este mai slabă spre seară. Acest lucru se observă cu atît mai mult la spastici, la care coordonarea este de la bun început defectuoasă. Astfel se explică faptul că la copiii tratați în cursul după amiezii sau spre seară rezultatele obținute au fost mai slabe. Dimpotrivă la copiii tratați în cursul dimineții, rezultatele au fost mai bune.

În 9 cazuri s-a aplicat tratament ortopedic (corectarea piciorului eevin, înlăturarea contracturii adductorilor) care a fost continuat apoi cu gimnastică medicală, obținîndu-se rezultate satisfăcătoare.

Concluzii

Experiența noastră în reeducarea funcțională a paraliziiilor spastice constituie un argument pentru înființarea unor centre speciale de terapie pentru aceste cazuri. Avantajul unui tratament aplicat în afara mediului familial ar duce la obținerea unor rezultate superioare celor obținute de noi, prin excluderea factorilor ce influențează negativ complexul terapeutic atît din punct de vedere al reeducării funcționale și al reintegrării în societate, cît și din punctul de vedere al dezvoltării intelectuale a copiilor.

Sosit la redacție: 19. XII. 1963.

Bibliografia la autori.