otwórz dłoń po udarze

poradnik dla osób ze spastycznością kończyny górnej po udarze mózgu

co mówią dłonie?

Dłonie to jedna z ważniejszych części ciała. Mają znaczenie emocjonalne, fizyczne i społeczne. Dzięki nim poznajemy świat. Zawieramy nowe znajomości. Okazujemy emocje i wykonujemy setki czynności dziennie.

Gdy zmagamy się ze spastycznością po udarze mózgu, dłonie tracą swoją sprawność, a najłatwiejsze czynności stają się wyzwaniem.

otwórz dłoń po udarze

Kampania kierowana jest do wszystkich osób, które w wyniku udaru mózgu zmagają się ze spastycznością kończyny górnej. Wbrew pozorom udar mózgu nie dotyka jedynie ludzi w podeszłym wieku. Coraz częściej ulegają im także osoby młode.

W poradniku odnajdziesz informacje dotyczące spastyczności kończyny górnej, wskazówki praktyczne, pomocne ćwiczenia i odpowiedzi na nurtujące Cię pytania. Poznaj 3 kroki w walce ze spastycznością ręki:

wiedza
leczenie
fizjoterapia

otwórz dłoń po udarze

wstęp

„Otwórz dłoń po udarze” to kampania kierowana do wszystkich chorych dotkniętych niesprawnością ręki po przebytym uszkodzeniu mózgu, powstałym wskutek udaru – zarówno niedokrwiennego, jak i krwotocznego. Objawy udaru rozwijają się błyskawicznie, niekiedy w ciągu kilku minut. Powrót do sprawności trwa niestety bardzo długo, zwykle miesiące, niekiedy lata. Nie wymyślono jak dotąd skutecznych leków „regenerujących” komórki nerwowe w uszkodzonych obszarach mózgu. Wiele substancji budzi takie nadzieje, ale jak dotąd nie ma przekonywujących dowodów, opartych na solidnych badaniach naukowych. Dlatego największe szanse ograniczenia skutków udaru daje wczesne jego rozpoznanie i leczenie w okresie ostrym. Bardzo wcześnie trafia jednak do szpitala jedynie niewielka część chorych i nie zawsze możliwe jest skuteczne przeciwdziałanie skutkom udaru. Konsekwencje udaru mózgu to zazwyczaj niedowłady kończyn (zwykle jednej połowy ciała), zaburzenia mowy, widzenia, czucia. Największe ograniczenie w życiu codziennym stwarzają niedowłady kończyn. Osłabienie sprawności ręki (niekiedy całkowite jej porażenie) najtrudniej poddaje się leczeniu. Ręka jest wysoko wyspecjalizowanym narządem, wykonującym bardzo złożone i precyzyjne ruchy (np. pisania). Dlatego tylko niewielka część chorych może odzyskać taką jej sprawność, jak przed udarem. Niezbędnym warunkiem poprawy jest profesjonalna, szybko wdrożona i wytrwała rehabilitacja.
U części chorych (20-40%) w ciągu kilkunastu tygodni dochodzi dodatkowo do rozwoju niekorzystnych zjawisk, ograniczających możliwości usprawniania za pomocą rehabilitacji. Jednym z nich jest wzmożone napięcie mięśniowe (spastyczność).
To nadmierne napięcie dotyczy w kończynie górnej zazwyczaj tzw. mięśni zginaczy. Dla odzyskania ruchu potrzebna jest jednak harmonijna współpraca zginaczy i prostowników. Napięcie mięśni może być tak duże, że ogranicza odzyskanie funkcji ruchowych poprzez dalszą rehabilitację. Powoduje ono także ból i dyskomfort związane z uczuciem stałego napięcia, ograniczenie czynności higienicznych (mycie dłoni, pielęgnacja paznokci), trudności w ubieraniu (wkładanie rękawów, rękawiczek). Powoduje także utratę równowagi w czasie chodzenia, ma niekorzystne działanie psychologiczne i stanowi stygmat choroby widoczny dla otoczenia. Zwykle leki doustne w nasilonej spastyczności nie są skuteczne, a wiele z nich u osób po udarze mózgu wywołuje także działania uboczne, ograniczające ich stosowanie. Udało się jednak wprowadzić w Polsce do użycia metodę aktualnie uważaną na świecie za najlepszą i najbezpieczniejszą w leczeniu spastyczności – iniekcje toksyny botulinowej do nadmiernie aktywnych, napiętych, bolesnych mięśni. Podawanie miejscowe w postaci zastrzyku eliminuje ryzyko skutków ubocznych, a skuteczność nie ma sobie równych. Metoda ta jest w Polsce także od bieżącego roku refundowana. Jej stosowanie zaleca się w połączeniu z rehabilitacją, co wymaga współpracy lekarzy różnych specjalności i fizjoterapeutów. Warto pamiętać o tej dodatkowej szansie na lepsze życie po udarze mózgu, warto też być wytrwałym i cierpliwym w rehabilitacji, bo to jedyne recepty na sukces.

prof. dr hab. med. Jarosław Sławek

Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Ordynator Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego Spółki „Copernicus”, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku

trzy kroki w walce
ze spastycznością:

wiedza
leczenie
fizjoterapia

po pierwsze:

poznaj swoją dłoń

Ręka objęta spastycznością, czyli patologicznym napięciem mięśniowym, nie reaguje na polecenia mózgu tak, jak dotychczas. Przykurczone mięśnie uniemożliwiają jej pełen zakres ruchów i czasem powodują ból. Prozaiczne dotąd czynności, jak chwytanie i puszczanie przedmiotów, stają się niemal niewykonalne, co bardzo zmienia życie osób chorych. Każda osoba, której ręka ucierpiała w wyniku przebytego udaru, musi nauczyć się jej reakcji i możliwości na nowo.

kogo dotyka spastyczność kończyny górnej ?

Spastyczność kończyny górnej dotyka głównie chorych po udarze mózgu, ale także osoby po innych uszkodzeniach mózgu, takich jak urazy czaszkowe i stwardnienie rozsiane.

2000

Każdego roku 75 tysięcy Polaków doznaje udaru mózgu. Dwa tysiące spośród nich traci sprawność swoich rąk i dłoni w wyniku spastyczności kończyny górnej – jednej z najbardziej powszechnych konsekwencji udaru mózgu.

czym jest spastyczność ?

Spastyczność jest jednym z najczęstszych następstw udaru mózgu. Głównym objawem spastyczności jest duże napięcie i sztywność mięśni sprawiająca, że ruchy są trudne do wykonania lub nie w pełni kontrolowane, np.:

• bezpośrednio po ugięciu łokcia trudno jest go wyprostować i pozostaje on przez chwilę w zgięciu,

• po ściśnięciu przedmiotu w dłoni trudno jest go następnie puścić i wyprostować palce. Konsekwencją spastyczności może być brak sprawności ruchowej.

Spastyczność kończyny górnej wpływa nie tylko na jej zdolności ruchowe, ale także powoduje nienaturalne ułożenie ręki względem ciała, a także podczas prób ruchu.

Prawidłowe napięcie mięśniowe człowieka powinno być wystarczająco wysokie, aby utrzymać wyprostowaną postawę ciała, przeciwstawiając się sile ciążenia, i zarazem wystarczająco niskie, aby umożliwić swobodne ruchy w stawach. Z tego względu relatywnie wysokie napięcie mięśni jest niezbędne w obrębie tułowia, bioder, barków i szyi, bo to one odpowiadają za postawę ciała. Stosunkowo niskie napięcie jest wymagane w mięśniach kończyn, co jest szczególnie istotne w czasie chodu oraz w trakcie precyzyjnych ruchów palcami dłoni.

Ręka dotknięta spastycznością u osób po udarze mózgu charakteryzuje się nienaturalnym ułożeniem kończyny w czasie odpoczynku i w trakcie prób ruchu. Uniemożliwia to skuteczne wykorzystywanie ręki we wszystkich jej funkcjach.

spastyczność **jest bolesna**

Napięciu spastycznemu czasem towarzyszy ból, który ma charakter drętwienia. Ból się nasila, kiedy niesprawna ręka pozostaje unieruchomiona przez kilkanaście minut lub kiedy próbujemy wykonać gwałtowny ruch.

codzienność ze spastycznością kończyny górnej

W codziennym życiu nasze ręce wykonują setki skoordynowanych ruchów. Niosąc herbatę w ulubionym kubku, łapiemy go za ucho. Niosąc dzbanek z herbatą, podtrzymujemy go drugą ręką. W zależności od wykonywanej czynności dłonie i ręce układają się inaczej. Spastyczność powoduje utratę kontroli nad ręką. Jej ruchy nie są już skoordynowane z pracą reszty ciała. Dłoń oraz ręka nie reagują i nie układają się tak jak dotychczas. Właśnie dlatego zwyczajne dotąd czynności stają się trudne do wykonania, a nawet niebezpieczne. Niekontrolowane ruchy ręki mogą przewrócić kubek z gorącą herbatą lub spowodować wypuszczenie z ręki szklanego przedmiotu. Dlatego osoby zmagające się ze spastycznością ręki muszą dobrze poznać nowe zachowania i możliwości swojej ręki, a także nauczyć się wszelkich czynności na nowo.

spastyczność gołym okiem – objawy

1/2

Pierwsze objawy spastyczności pojawiają się najczęściej w okresie od kilku dni do kilku tygodni od przebytego udaru. Zależy to od miejsca i obszaru, który został dotknięty przez udar oraz schorzeń towarzyszących.

1. współruchy

Kiedy próbujesz unieść ramię do góry, zauważasz, że jednocześnie zaciskają się palce dłoni i niezależnie od twojej woli ugina się łokieć. Są to współruchy, niezależne od twojej woli. Podczas fizjoterapii można nauczyć się ich kontroli.

Zdarza się, że współruchy spastyczne występują także, kiedy kaszlesz, kichasz czy ziewasz. Współruchy są nieoczekiwane i mogą utrudnić czynności, które wykonujesz, a nawet spowodować sytuację zagrożenia. Jeśli podczas kaszlu Twoja ręka zaczyna podskakiwać, zamiast zasłaniać usta zdrową ręką, postaraj się przytrzymać nią niekontrolowane ruchy. To szczególnie ważne, jeśli znajdujesz się w pobliżu naczyń z gorącymi płynami lub trzymasz w ręku ostre narzędzie.

2. reakcje stowarzyszone

To współruchy spastyczne, które są odpowiedzią na wzmożony wysiłek fizyczny. Dla każdej osoby wysiłek oznacza co innego i u każdego pacjenta reakcja także może być odmienna. Jeśli podnosisz przedmiot chorą ręką, Twoja chora noga może zacząć się poruszać. Reakcje stowarzyszone mogą pojawiać się także podczas aktywności zdrowych części ciała. U jednego pacjenta prowokacją do odruchowego zaciśnięcia się chorej ręki będzie pochylenie się w celu zawiązania butów, a u innego pacjenta taką samą reakcję sprowokuje wstawanie z krzesła.

Co za dużo to niezdrowo! Nadmierna aktywność fizyczna i forsowanie ciała nie przyspieszą rekonwalescencji po udarze. Mogą nawet zaszkodzić. Ciągła aktywność i zbyt intensywne ćwiczenia prowadzą do licznych reakcji stowarzyszonych, wywołując niekontrolowane napięcia mięśniowe i spastyczność.

3. odruch na rozciąganie

Kiedy próbujesz za pomocą zdrowej ręki wyprostować ugięte palce chorej dłoni, pojawia się opór i masz wrażenie, że mięśnie „specjalnie" napinają się jeszcze mocniej. Jest to efekt dodatniego odruchu na rozciąganie. Po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego zwiększa się wrażliwość mięśni na rozciąganie. Mięśnie będą zawsze reagowały skurczem, jeśli dojdzie do próby ich szybkiego rozciągnięcia.

Siła skurczu jest zależna od szybkości rozciągania mięśnia. Im szybszemu rozciąganiu jest poddawany, tym odruchowy skurcz mięśniowy jest silniejszy. Czasem siła skurczu jest tak duża, że uniemożliwia jego pełne rozciągnięcie.

4. klonusy

Kiedy twoja stopa przez przypadek gwałtowniej uderza o podłoże, zauważasz jej drżenie, które uspokaja się dopiero po kilku sekundach. Drżenie to jest konsekwencją gwałtownego rozciągnięcia mięśnia i nazywa się klonusem. Wrażliwość mięśni na rozciąganie jest u wielu osób po uszkodzeniu mózgu tak duża, że na jedno rozciągnięcie mięśnie reagują kilkoma lub kilkunastoma skurczami. Częściami ciała, które najczęściej podlegają klonusom, są stopa, dłoń i przedramię.

Drżenie dłoni i przedramienia związane jest z rozciągnięciem mięśni odpowiedzialnych za ich prostowanie i zginanie.

spastyczność gołym okiem – objawy

2/2

5. powolne ruchy

Po udarze mięśnie chorych kończyn stają się bardzo wrażliwe na rozciąganie. Z tego powodu każda próba wykonania szybszego ruchu jest hamowana przez skurcz rozciąganych mięśni. Taka sytuacja powoduje, że ruchy w stawach są mniejsze i cała sekwencja ruchu spowalnia się.

6. współskurcz

Zdarza się, że przy samodzielnej próbie wykonania czynności ruch w stawie nie zachodzi, a widoczne jest tylko drżenie wszystkich okolicznych mięśni. Kiedy chcemy ugiąć zdrową rękę i podnieść dłoń do ust, kurczy się (skraca się) mięsień po jednej stronie stawu (biceps), a mięsień po drugiej stronie stawu rozciąga się (triceps). W przypadku spastyczności oba mięśnie mogą napinać się jednocześnie, co uniemożliwia ruch.

Najczęściej zjawisko to dotyczy mięśni dłoni, okolicy stawu łokciowego, kolanowego i stopy.

7. zmęczenie

Zmęczenie mięśni może być pośrednim objawem spastyczności. Długotrwała aktywność tych samych grup mięśniowych, które dodatkowo nie potrafią kurczyć się w efektywny sposób, powoduje ich szybsze zmęczenie. Mięsień napięty spastycznie zużywa dużo więcej energii w porównaniu z mięśniem unerwionym prawidłowo.

Nie należy wykonywać zbyt wielu powtórzeń tego samego ruchu, szczególnie kiedy nie jest on realizowany całkowicie prawidłowo oraz wymaga jeszcze koncentracji i skupienia. Przerwy powinny być częścią ćwiczeń ruchowych, a w ich trakcie należy m.in. zanalizować błędy.

8. brak płynności ruchu

Wiele czynników wymienionych wcześniej powoduje, że ruchy pacjenta w przebiegu spastyczności są mało płynne, gwałtownie spowalniane i przyspieszane.

Nie należy za wszelką cenę dążyć do wykonania ruchu w pełnym zakresie. Ruch wykonany w mniejszym zakresie, ale płynniej jest o wiele większym sukcesem.

spastyczność zmienną jest

Poziom napięcia spastycznego zmienia się w ciągu doby, a wszystko co robimy wpływa na jego poziom. Napięcie jest najniższe w czasie snu i po długim odpoczynku w pozycji leżącej, zaś najwyższe – w trakcie dnia i wieczorem.

co powoduje **nasilenie spastyczności ?**

Spastyczność może się nasilać z powodu wielu czynników, które mogą oddziaływać pojedynczo lub grupowo.

- mała powierzchnia podparcia ciała,
- nieustabilizowana pozycja ciała,
- szybkie wykonywanie ruchów,
- wysoka motywacja i zaangażowanie psychiczne chorego,
- poczucie strachu i niepokoju,
- ból w dowolnej części ciała (ból stawowy, miesiączka, ból głowy),
- negatywny wpływ otoczenia (hałas, drażniące oświetlenie, obecność stresujących osób),
- brak snu,
- niska temperatura otoczenia, w tym wyziębienie organizmu,
- gwałtowne zmiany ciśnienia atmosferycznego,
- wysokie ciśnienie krwi,
- zaparcia lub zbyt duże wypełnienie pęcherza moczowego,
- głód.

kiedy spastyczne napięcie **może się obniżyć ?**

- kiedy powierzchnia podparcia ciała powiększa się,
- kiedy pozycja ciała jest stabilna,
- kiedy ruchy są wykonywane w powolny sposób,
- kiedy motywacja i zaangażowanie psychiczne są na kontrolowanym poziomie,
- kiedy odczuwamy bezpieczeństwo i zadowolenie,
- kiedy nie odczuwamy bólu,
- pozytywny wpływ otoczenia, do którego zalicza się ciszę, uspokajające oświetlenie, obecność bliskich osób,
- kiedy dostarczamy organizmowi odpowiednią ilość snu,
- kiedy temperatura otoczenia i organizmu wzrasta,
- kiedy poziom ciśnienia atmosferycznego jest stabilny,
- kiedy ciśnienie krwi jest prawidłowe.

trzy kroki w walce
ze spastycznością:

wiedza
leczenie
fizjoterapia

po drugie:

leczenie

Celem leczenia osób ze spastycznością po udarze mózgu jest przywrócenie sprawności ruchowej i pomoc w powrocie do trybu życia sprzed choroby. Jeżeli przebieg choroby jest na tyle ciężki, że leczenie rozciąga się w czasie na wiele miesięcy, to należy się spodziewać, że trudno będzie wrócić w pełni do dawnego trybu życia. Celem leczenia staje się wtedy poprawa jakości życia oraz przywrócenie zadowolenia i samodzielności we wszystkich sferach życia.

spastyczność można leczyć!

Celem leczenia osób ze spastycznością po udarze mózgu jest przywrócenie sprawności ruchowej i pomoc w powrocie do trybu życia sprzed choroby. Ciężki przebieg choroby sprawia, że leczenie rozciąga się na wiele miesięcy. Zdarza się, że bardzo trudno jest wrócić w pełni do dawnego trybu życia, a celem staje się poprawa jakości życia oraz przywrócenie samodzielności.

1

Pierwszym krokiem do podjęcia skutecznej terapii jest rzeczowa rozmowa z lekarzem prowadzącym oraz fizjoterapeutą. Opowiedzenie o konkretnych problemach wywołanych przez spastyczność ułatwi dobór odpowiedniej drogi leczenia.

2

leczenie **farmakologiczne**

Doustne środki farmakologiczne mogą obniżyć spastyczność. Niestety mają wiele skutków ubocznych, takich jak obniżenie napięcia w mięśniach, które nie są dotknięte spastycznością, w tym bardzo istotnych mięśniach odpowiedzialnych za utrzymanie odpowiedniej postawy ciała. U osoby leczonej ogólno-działającymi środkami farmakologicznymi mogą pojawić się trudności z utrzymaniem prawidłowej sylwetki ciała w pozycji stojącej lub w trakcie chodzenia. Leki obniżające napięcie mogą czasem powodować senność i spowolnienie. Należy bardzo uważnie obserwować efekty działania leków ogólnie obniżających napięcie, ze szczególnym uwzględnieniem napięcia w kończynach. Jeżeli mimo przyjmowania leków napięcie nie obniża się w dłoni i stopie, należy to zgłosić swojemu lekarzowi.

leczenie **toksyną botulinową**

Jest to leczenie miejscowe. Polega na ostrzyknięciu toksyną botulinową napiętych mięśni. Toksyna sprawia, że napięte mięśnie rozluźniają się na około trzy miesiące. Lek dociera bezpośrednio do konkretnych mięśni, obniża ich napięcia, a dzięki temu stawy zyskują większy zakres ruchów, który do tej pory nie był możliwy. Ta metoda pozwala na podjęcie intensywnej i przynoszącej lepsze efekty fizjoterapii. Na przykład jeśli chory nie mógł dotychczas prostować palców chorej dłoni, to oprócz innych ważnych czynności nie był w stanie się na niej podpierać. Ćwiczenia w podporze na dłoni stanowią bardzo istotny element usprawnienia funkcji kończyny górnej. **Obecnie w Polsce leczenie chorych przy pomocy toksyny botulinowej jest w pełni refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach programu lekowego. Po więcej szczegółów należy zwrócić się do swojego lekarza prowadzącego.** Lista ośrodków, w których można skorzystać z leczenia, dostępna jest na stronie Fundacji Udaru Mózgu: **www.fum.info.pl**

trzy kroki w walce
ze spastycznością:

wiedza
leczenie
fizjoterapia

po trzecie:

fizjoterapia

Nad następstwami udaru mózgu można skutecznie pracować. Odpowiedni dobór ćwiczeń ma duże znaczenie w powrocie do sprawności. Ręka po udarze mózgu, choć niesprawna, jest bardzo wrażliwa na ruch. Każde zbyt forsowne lub nieprawidłowe ćwiczenie czy próba siłowego otworzenia dłoni kończy się skurczem mięśni. W pracy ze spastycznością liczy się cierpliwość!

fizjoterapia

Fizjoterapeuci posiadają specjalistyczne wyszkolenie, aby właściwie ocenić ruchowe zaburzenia, które mogą być rezultatem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Program fizjoterapii jest zalecany jako podstawowe leczenie skutków udaru mózgu. Fizjoterapeuta używa wielu technik, które pomagają przywrócić funkcje kończyny górnej. Fizjoterapia pomaga w przywróceniu siły mięśniowej, gibkości, zakresu ruchów, wytrzymałości, szybkości, koordynacji itp. Głównymi środkami fizjoterapii są kinezyterapia i fizykoterapia.

kinezyterapia (terapia ruchem)

Kinezyterapia w spastyczności oddziałuje na chorą kończynę poprzez wiele ćwiczeń leczniczych. Umożliwia zapobieganie wzrostowi napięcia mięśniowego, a także pozwala obniżyć istniejące napięcie. Niektóre ćwiczenia możesz wykonać w domu samodzielnie lub z pomocą opiekunów. Pamiętaj, że wykonanie każdego ćwiczenia powinno być dostosowane do Twoich możliwości ruchowych. Poniższe propozycje ćwiczeń dotyczą jedynie podstawowych i najważniejszych aktywności związanych z przemieszczaniem ciała w przestrzeni.

wstawanie i siadanie

Wstawanie i siadanie

To jedna z najczęstszych czynności wykonywanych każdego dnia, która może wzmagać spastyczność w obrębie dłoni. Zadbaj, aby meble, na których siadasz i z których wstajesz najczęściej, były wystarczająco wysokie (nie niższe niż wysokość siedziska krzesła). Możesz w czasie wstawania i siadania podtrzymywać niedowładną kończynę górną zdrową dłonią. Uwaga! Należy koniecznie podwyższyć łóżko.

chodzenie

Samodzielne chodzenie

Przy pierwszych próbach samodzielnego chodzenia, pacjenci powinni wspomagać się przedmiotem, na którym mogą się oprzeć. Najlepszy do tego celu jest zwykły, dość długi kij. W miarę dalszej poprawy można będzie z niego zrezygnować. Taki sposób wymusza intensywniejsze przenoszenie ciężaru ciała na kończynę niedowładną i może wpływać pośrednio na obniżenie spastyczności w obrębie dłoni.

Długi kij może okazać się bardzo pomocny!

Zwróć uwagę na stabilizację tułowia

Pomoc drugiej osoby w trakcie chodzenia

Opiekun powinien wspomagać osobę po udarze, stabilizując tułów lub ewentualnie miednicę i poruszając się razem z chorym po stronie niedowładu. Pacjent będzie dzięki temu dobrze zabezpieczony w razie utraty stabilności, będzie czuł się bezpieczniej i będzie optymalnie intensywnie obciążał kończyny dolne. Może to wpływać na obniżanie spastyczności w obrębie dłoni.

leżenie

Obracając się na boki w łóżku, staraj się za wszelką cenę unikać podciągania zdrową dłonią za brzeg łóżka, gdyż może to spowodować podwyższenie patologicznego napięcia mięśniowego w obrębie dłoni.

Pomagając siadać z leżenia, należy raczej układać dłonie na tułowiu pacjenta, unikając podawania mu ręki i nie zachęcać do podciągania się przy pomocy zdrowej kończyny górnej.

Pamiętaj, żeby nie podciągać się przy pomocy zdrowej ręki!

przykłady ćwiczeń

Poniżej znajdują się trzy przykłady prostych ćwiczeń mogących wpływać na obniżenie napięcia mięśniowego w obrębie dłoni. Palce należy wcześniej rozciągnąć, robiąc to w stopniowy i bezpieczny sposób. Przykłady ćwiczeń są przeznaczone dla osób z głębokim i średniego stopnia niedowładem.

◀
Przy stole staraj się utrzymywać swoją dłoń i przedramię w jednej pozycji. W czasie tego ćwiczenia uczysz się kontrolować napięcie mięśniowe w obrębie dłoni i palców. Dłoń i palce nie muszą być w stu procentach wyprostowane.

◀
Siedząc na łóżku, staraj się utrzymywać niedowładną kończynę wyprostowaną w stawie łokciowym z wyprostowanymi palcami.

▼
Możesz wykorzystać blat kuchenny lub stół. Ułóż na nim dłoń z wyprostowanymi palcami i spróbuj się powoli odwracać tułowiem tak, aby dłoń nie odrywała się od stołu, a palce się nie uginały. Początkowo wystarczy, że odwrócisz się tylko o kilka stopni.

najczęstsze błędy popełniane w trakcie rehabilitacji osób po udarze:

1 ściskanie piłeczki – NIE!

Ściskanie pobudza i umacnia pierwotny odruch chwytny, szybko prowadząc do zwiększenia spastyczności całej kończyny górnej. Sam chwyt jest bezużyteczny, jeśli nie można otworzyć dłoni, aby wziąć, a następnie odłożyć przedmiot.

2 forsowanie, bierne rozciąganie i prostowanie mięśni spastycznych – NIE!

W mięśniach „spastycznych" każdy ruch wywołuje gwałtowny skurcz. Siłowe rozciąganie wywołuje narastający skurcz i kończy się zerwaniem włókien mięśniowych.

3 korzystanie z poręczy i podciągów – NIE!

Unoszenie się na łóżku za pomocą zwisających podciągów i poręczy (wykorzystując zdrową rękę), wywołuje nieodwracalne odruchy wyprostne.

4 przeświadczenie, że bieżący stan określa przyszłe możliwości – NIE!

Osoba po udarze może usprawniać się bez końca i należy w tym pomagać, dostarczając odpowiednie wyposażenie i pomoce.

5 odpoczynek jest „poddaniem się" – NIE!

Powrót do łóżka jest bardzo ważny dla odzyskania sił. To właśnie podczas snu napięcie mięśniowe zmniejsza się, a ciało odpoczywa po aktywnym dniu. Odpoczynek w spastyczności ma ogromne znaczenie.

6 wszystko zależy od motywacji – TAK, ale...

Zdanie to wypowiadają często lekarze starający się wzbudzić nadzieję u pesymistycznie nastawionych pacjentów. Stawianie za przykład pacjentów po lekkim udarze, pozostawiającym niewielkie pozostałości, jest krzywdzące dla chorych z bardziej uszkadzającym udarem, który mimo ich ciężkiej pracy pozostawił szkody. Stwierdzenie przeciwne – „brak poprawy wynika z niedostatecznego przykładania się do ćwiczeń i/lub brak motywacji" jest błędne. Czasami osoba po udarze wkłada w rehabilitację wiele wysiłku, lecz zmiany powstałe w wyniku choroby lub niewłaściwy program ćwiczeń nie dają szansy na osiągnięcie oczekiwanych postępów.

7 stawiaj sobie cele – TAK, ale...

Nakreślenie celów jest bardzo ważnym czynnikiem w rehabilitacji, ale muszą one być realne. Nierealnych celów nie daje się osiągnąć, co wywołuje przygnębienie chorego i fizjoterapeuty. Określenie terminu osiągnięcia celu może być przyczyną wzmożonego wysiłku, który wyzwala nadmierne odruchy i powoduje zmęczenie.

8 prawidłowa pozycja siedząca zapobiega spastyczności – TAK, ale...

Tak rzeczywiście jest, ale niezbyt długo. Długotrwałe pozostawanie w pozycji siedzącej wyzwala ukryte wzorce odruchowe. Siedzenie przez większą część dnia z nogami zgiętymi w stawie biodrowym i kolanowym oraz stopami spoczywającymi na podłodze, w przyszłości mogą utrudnić chodzenie. Ciało przyzwyczaja się do postawy zgięciowej. Z kolei długotrwałe opieranie nóg na podnóżku wywołuje pełny, utrwalony wyprost. Takie same efekty przynoszą długotrwałe ułożenia rąk i dłoni.

FUNDACJA UDARU MÓZGU

O Fundacji Udaru Mózgu

Fundacja Udaru Mózgu jest organizacją pożytku publicznego, której głównym celem jest wspieranie chorych po udarze, ich rodzin i opiekunów. Naszą misją są wszelkie działania edukacyjne w zakresie zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorych po udarze mózgu.

Działania profilaktyczne

Działalność fundacji nastawiona jest na profilaktykę. W tym celu współorganizujemy liczne konferencje i szkolenia na terenie całego kraju. Nasze publikacje na temat udaru, jego skutków i profilaktyki są cennym źródłem wiedzy dla ogółu społeczeństwa.

Tworzymy kampanie społeczne mające na celu uświadomienie Polakom zagrożenia, które niesie ze sobą ta choroba, wykorzystując nowoczesne środki masowego przekazu.

Bezpośrednia pomoc

Każdego pacjenta traktujemy indywidualnie, staramy się pomóc naszym podopiecznym na każdym etapie ich choroby. Niesiemy bezpośrednią pomoc materialną i niematerialną chorym po udarze mózgu, ich rodzinom oraz osobom ze schorzeniami neurologicznymi.

Infolinia 605 647 600

Prowadzimy jedyną w Polsce infolinię dla chorych po udarze mózgu i ich opiekunów. Dzięki nieustannemu kontaktowi z pacjentami z całej Polski wiemy, jak ważne jest wsparcie i pomoc dla osób po udarze mózgu.

Fundacja Udaru Mózgu
ul. Milionowa 14
93-113 Łódź
T +48 605 647 600
info@fum.info.pl
www.fum.info.pl

Fizjoterapia Polska

O Stowarzyszeniu Fizjoterapia Polska

Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska jest naukową i zawodową organizacją zrzeszającą obecnie ponad 2500 fizjoterapeutów, której jednym z celów działania jest prowadzenie edukacji prozdrowotnej i podnoszenie jakości usług medycznych w Polsce. Fizjoterapeuci stanowią trzecią, najliczniejszą grupę zawodową pracującą z chorymi. Fizjoterapia jest kluczową procedurą medyczną w procesie leczenia wielu grup pacjentów. U większości osób po udarze mózgu jest to działanie najważniejsze po opuszczeniu oddziału udarowego. Celem fizjoterapii jest przywrócenie osób chorych do dawniej pełnionych przez nich ról społecznych.

Więcej przydatnych informacji na temat fizjoterapii znajduje się na stronie **www.fizjoterapeuci.org**

Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska
ul. Majdańska 12
04-088 Warszawa
T +48 601 719 721
biuro@fizjoterapeuci.org

Partnerzy kampanii

FUNDACJA UDARU MÓZGU

Fizjoterapia Polska

IPSEN
Innovation for patient care

SEKCJA CHORÓB NACZYNIOWYCH PTN

więcej informacji:
www.fum.info.pl
www.poudarzemozgu.pl
www.fizjoterapeuci.org

Poradnik powstał na podstawie materiałów opracowanych przez **dr Macieja Krawczyka**. Konsultacja merytoryczna **prof. Anna Członkowska** oraz **dr Maciej Krawczyk.**

Treści zawarte w poradniku nie stanowią porady lekarskiej. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących Twojego stanu zdrowia, skontaktuj się z lekarzem.

Projekt wspierany przez firmę
Ipsen Poland Sp. z o.o.
Al. Jana Pawła II 29,
00-867 Warszawa