

УДК 616-009.12

ЛЕЧЕБНАЯ ГИМНАСТИКА И МАССАЖ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ СПАСТИЧЕСКИМ ГЕМИПАРЕЗОМ

Леонтьев Вадим Александрович¹

¹ГУ «Крымский Государственный Медицинский Университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь, Россия

Проведен анализ клинического исследования у больных с глубоким спастическим гемипарезом в поздний восстановительный период. Результаты исследования основаны на бальной оценке мышечного тонуса до начала проведения процедур и в конце исследования. При назначении больным лечебной гимнастики и массажа учитывалось время последнего перенесенного ишемического инсульта, однако применение рассчитываемых доз процедур незначительно влияло на данный критерий, что доказывает специфичность подобранного лечения. Особенностью методики является лечебная гимнастика с лечебным и точечным массажем, способствующими снижению повышенного тонуса мышц, устранению патологических контрактур и синкинезий, устранение лимфатического и венозного застоя в отечных паретичных конечностях. Исследования показали, что обучиться данным приемам возможно в амбулаторных условиях, что несомненно отражается в восстановлении психического состояния для постинсультных больных с глубоким спастическим гемипарезом.

Ключевые слова: инсульт, глубокий спастический гемипарез, лечебная гимнастика, массаж.

THE MEDICAL GYMNASTICS AND MASSAGE THERAPY IN POST-STROKE PATIENT WITH DEEP SPASTIC HEMIPARESIS

Leontiev Vadim Aleksandrovich¹

¹Crimea State Medical University named after S. I. Georgievsky, Simferopol, RF

There is the analysis of a clinical study in patients with deep spastic hemiparesis in the late recovery period. The results are based on point scoring muscle tone prior to procedure and at the end of the study. In appointing the patients' medical gymnastics and massage was considered the last of ischemic stroke, however, the use of calculated doses procedures have little effect on the criterion that proves the specificity of the chosen treatment. The speciality of this technique is medical gymnastics with healing physiotherapy and acupressure contributing lower high muscle tone eliminate pathological contractures and synkineses, elimination of lymphatic and venous stasis in edematous paretic limbs. The studies have shown that to learn a data reception is possible on an outpatient basis, which is undoubtedly reflected in restoring mental state for post-store patient with deep spastic hemiparesis.

Key words: stroke, deep spastic hemiparesis, physiotherapy, massage.

Актуальность. У больных, перенесших инсульт, выявляются 67 % лиц со спастическим гемипарезом. Это диктует необходимость поиска новых методов реабилитации, доступных в стационарных и амбулаторных условиях. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) сокращают длительность жизни мужчин на 1,57-3,42, а женщин - на 1,07-3,00 года. В России инсульт ежегодно поражает 400-450 тысяч человек, 70-85% случаев представляют собой ишемические поражения.

Цель. Повышение эффективности реабилитации больных с глубоким спастическим гемипарезом (ГСГ) в поздний восстановительный период.

Задачи. Установить и изучить эффективность лечебной гимнастики и массажа (ЛГ и М) относительно данной патологии двигательного аппарата. Исследовать восстановление когнитивных и сенсомоторных функций.

Материалы и методы. Наблюдались 28 больных со следующей патологией. 16 пациентов с гемипарезами (70% мужчины и 30% женщины), в возрасте 54-69 лет были разделены на 2 группы: основная группа, получавшая комплекс ЛГ и М (8 человек), и контрольная группа, получавшая только консервативное медикаментозное лечение. Выделялись первичные случаи инсульта (развились у больного впервые в жизни) и повторные (развились у больного, перенесшего инсульт в прошлом). В соответствии с общепринятыми рекомендациями таким периодом считали 28 дней: инсульт, произошедший после 28 дня от начала первого инсульта, рассматривался как повторный.

Основная группа больных разделена на 2 подгруппы: 4 пациентов с длительностью заболевания 1-4 года, и 4 пациентов с длительностью заболевания 5-9 лет. Больным проводилось клиничко-неврологическое обследование с включением электромиографии (ЭМГ) и балльная оценка мышечного тонуса. Больным основной группы с ГСГ от 2 до 4 раз в неделю проводились сеансы ЛГ и М в течение 1-1.5 часа. Проведено обоснование применения следующих методик и их сочетаний, уменьшающих спастичность мышц конечностей, которые оценивались по принятой в нейрореабилитации методике (Демиденко Т.Д., 1989) в баллах (б.).

Спастический гемипарез: при спастическом повышении мышечного тонуса в половине тела (у 6 пациентов основной группы справа) поражение может быть локализовано в любом отделе пирамидного пути. При легком повреждении спастическое повышение тонуса наблюдается во время всего пассивного движения и даже несколько усиливается ближе к его завершению. Только при очень выраженной спастичности выявляется феномен «складного ножа» (у всех пациентов основной группы).

Специфичностью приводимой методики является сочетание ЛГ с лечебным и точечным массажем, способствующими снижению повышенного тонуса мышц, устранению патологических синкинезий. Комплекс лечебной гимнастики включает пассивные и активные движения. Сочетание пассивных движений с М позволяет достичь полной амплитуды движений на фоне нормализующегося тонуса мышц и нормальной (прежней) подвижности суставов паретичной конечности. Общим методическим указанием для выполнения пассивных движений является строгая их изолированность, медленный темп, четкое соблюдение траектории, полная амплитуда, плавность и безболезненность. Исходное положение движений должно исключать смещение и растяжение спастичных мышц. Количество активных движений при каждом виде гимнастики проводилось в объеме 7-12 раз.

Движения начинают с проксимальных отделов (с плеча, с бедра), что способствует улучшению крово- и лимфообращения и снижению тонуса мышц. При наличии повышенного мышечного тонуса и синкинезий рекомендуется последовательное осуществление упражнений сначала верхними, затем нижними конечностями. Важной составной частью лечебной физкультуры при спастических параличах является лечение положением - специальные укладки тела больного или его конечностей в определенной заданной позе с целью исправления порочных положений.

Основные более эффективные методики выполнения ЛГ и М. Поглаживание - обязательный прием, с которого начинают процедуру. Этот прием чередуется с другими и завершает каждый массаж. Поглаживание производится всей ладонью. Этот прием выполняется ритмично рукой или попеременно обеими руками, в медленном, успокаивающем темпе. Поглаживание осуществляют по ходу лимфатических путей, выполняя тем самым классическую лимфодренажную процедуру. Растирание - более интенсивный прием, выполняется с применением более значительной силы давления на массируемую область. Кожу и глубоко лежащие ткани растирают в круговом направлении ладонью. Растирание можно производить и против тока лимфы и крови, хорошо комбинировать его с поглаживанием. Разминание - является приемом специального воздействия на мышцы и сухожилия. Мышцы или группу мышц захватывают под углом рукой между большим и остальными пальцами, которые поднимают мышцу. Другой рукой, расположенной тоже под углом, выжимают приподнятый участок мышцы, после чего поступательным продвижением обеих рук разминают всю мышцу или группу мышц. Вибрация - состоит в передаче телу равномерных дрожательных движений. В зависимости от показаний, вибрацию производят всей ладонью, равномерно обхватывающее участок тела. Встряхивание/потряхивание - более сильная вибрация, применяемая только на бедре. Обладает сильным седативным эффектом и снижает патологический тонус. Стоит учесть, что движение достаточно сильное, поэтому его следует обязательно чередовать с поглаживающим движением.

Применение сегментарного и точечного массажа основано на воздействии в области кожных рефлексогенных зон различных внутренних органов. При назначении сегментарного массажа больным ГСГ необходимо тщательное исследование границ соответствующей проекционной зоны, которые могут отличаться у различных больных. Более выраженный эффект оказывают мягко выполняемые приемы сегментарного массажа.

Своим пациентам мы ввели так называемый точечный массаж, при котором применяется массажирование «активных точек». Точечный массаж производится с целью расслабления тонуса спастичных мышц и стимуляции атоничных антагонистов у больных с СГ. Точки воздействия подбираются индивидуально каждому больному в зависимости от функционального состояния мышц. Различают тормозной и возбуждающий методы точечного массажа. Первый применяется для расслабления мышц, второй - для стимуляции движений. Тормозной метод заключается в постепенном изменении нарастания интенсивности раздражения в заданной точке концом пальца. Продолжительность воздействия - от 30 с до 1,5 мин. Стимулирующий метод заключается в нанесении коротких, быстрых раздражений последовательно в ряд точек, стимулирующих данное движение. В течение процедуры не рекомендуется производить воздействие более чем в 12 активных точках.

Точечный массаж производится совместно с пассивными и активными движениями паретичных конечностей. Использование точечного массажа существенно расширяет и дополняет возможности лечебной физкультуры.

Результаты. В итоге проводимых наблюдений и исследований, представлена шкала балльной оценки влияния используемых методических приемов, снижающих спастичность мышц (шкала оценки мышечного тонуса и силы). От 0 до 5 баллов (5 баллов соответствует норме, 0 – нет движений и динамики контрактур)[2]:

1) Распрямление рук и (или) сгибание ног – уменьшает спастичность с $6,2 \pm 0,5$ б. до $3,8 \pm 0,5$ б. ($P < 0,01$).

2) Точечный массаж мышц на границах сгибателей и разгибателей конечностей уменьшает спастичность с $6,2 \pm 0,5$ б. до $4,2 \pm 0,5$ б. ($P < 0,05$).

3) 1 и 2 методы вместе максимально снижают спастичность конечностей с $6,2 \pm 0,5$ б. до $2,7 \pm 0,5$ б. ($P < 0,001$).

Седативный классический массаж конечностей незначительно снижал спастичность с $6,2 \pm 0,5$ б. до $5,2 \pm 0,5$ б. ($P \geq 0,05$). Сегментарный массаж конечностей тоже незначительно снижал спастичность с $6,2 \pm 0,5$ б. до $3,1 \pm 0,5$ б. ($P \leq 0,05$).

Лечение положением не сопровождается динамикой ($6,2 \pm 0,5$ и $6,1 \pm 0,5$), но его периодическое применение устраняет венозно-лимфатический застой в конечностях и предупреждает формирование суставных контрактур, которые выявлялись у всех больных на отёчных парализованных конечностях.

Разработка конечности более 3 мин сопровождается нарастанием тонуса - с $6,2 \pm 0,5$ до $8,4 \pm 0,5$ баллов ($P < 0,05$).

Выводы. Динамика выздоровления и нормализация функции в конечностях у пациентов основной группы выше, чем у контрольной группы. Улучшение показателей ЭМГ, улучшение когнитивных и сенсомоторных функций, повысился общий тонус организма, улучшился сон.

Список литературы:

- Белова А.Н. Нейрореабилитация / А.Н. Белова. — М.: Антидор, 2002. — 568 с.
- Демиденко Т. Д. Реабилитация больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Л., 1979. 130с.
- Кадыков А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков, Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 560 с.
- Парфенов В.А. Антигипертензивная терапия в профилактике инсульта и когнитивных расстройств. Неврологический журнал — 2006. — № 4. — С. 31-35.

Скворцова В.И. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом / В.И. Скворцова, В.В. Гудкова, Г.Е. Иванова и др. // Инсульт. Приложение к Журн. невро. и психиатр. — 2002. — Выпуск 7. — С. 27-35.