
Обмен опытом (в помощь практическому врачу)

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПИРАМИДНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ионова В.Г., Савельева И.Е., Новосельский А.Н., Пузырёв О.И., Вялкова С.В.
ГУ НИИ неврологии РАМН, г. Москва
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава
Кафедра восстановительной медицины ФДППО

РЕЗЮМЕ Рассматриваются проблемы реабилитации больных с пирамидными двигательными нарушениями. Подробно описано немедикаментозное восстановительное лечение: лечебная физкультура, физиолечение, рефлексотерапия, массаж, ортопедические мероприятия и другие методы и средства реабилитации. Комплексный подход к терапии лиц с пирамидными двигательными нарушениями позволяет повысить эффективность реабилитации, сократить сроки временной утраты трудоспособности и уменьшить затраты на восстановительное лечение данной категории больных.

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, парез.

Борьба с пирамидными двигательными нарушениями является важнейшей составляющей реабилитации больных с инсультами [1, 3].

Комплекс восстановительного лечения должен формироваться для каждого пациента индивидуально. При этом необходимо учитывать степень выраженности пареза и характер изменения мышечного тонуса [2]. Рассмотрим приблизительную реабилитационную схему, применяемую на этапах восстановительного и резидуального периодов у пациентов с грубым или умеренным гемипарезом в сочетании со значительной мышечной спастичностью.

Для больных данной группы в комплекс восстановительного лечения желательно включать следующие мероприятия.

1. Лечебная гимнастика.

Основными составляющими кинезотерапии являются индивидуальная лечебная физкультура и механотерапия.

Методики и приемы кинезотерапии в раннем восстановительном периоде на амбулаторном этапе лечения во многом соответствуют тем, которые применялись в остром периоде (лечение положением, пассивные, активно-пас-

Ionova V.G., Savelyeva I.E., Novoselsky A.N., Puzyryev O.I., Vyalkova S.V.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH PYRAMID MOTOR DISORDERS

ABSTRACT The article concerns the rehabilitation problems in patients with pyramid motor disorders. Non-pharmaceutical restorative management (remedial gymnastics, physical therapy, reflex therapy, massage, orthopedic measures and other methods and means of rehabilitation) is presented in detail. It was demonstrated that compound approach to the management of patients with pyramid motor disorders allowed to increase the efficacy of rehabilitation, to shorten the terms of provisional disability to work, to decrease the expenses of restorative treatment in this category of patients.

Key words: rehabilitation, insult, paresis.

сивные и активные в облегченных условиях движения в паретичных конечностях, активные движения в здоровых конечностях, релаксирующие упражнения, аутотренинг, точечный массаж). При необходимости в комплекс включаются упражнения на восстановление целенаправленных действий [9]. В сравнении с острым периодом увеличиваются интенсивность и продолжительность занятий (30—40 мин. 2—3 раза в день).

Для предупреждения повышения мышечного тонуса и пассивные, и активные движения начинают выполнять с проксимальных отделов конечности, в медленном темпе, во всех плоскостях, изолированно в каждом суставе, с многократным повтором, в сочетании с правильным ритмом и характером (удлинненный вдох) дыхания. Сгибание кисти или предплечья, например, проводят на фоне вдоха, а разгибание — на фоне выдоха.

В позднем восстановительном и резидуальном периодах церебральной ишемии к указанным мероприятиям необходимо добавлять приемы расслабления мышц (растяжение спастичных мышц, легкое потряхивание конечности, маховые движения, прокатывание ладонных поверхностей кистей и стоп по вращающемуся валику) [5].

В некоторых случаях занятия лечебной физкультурой рекомендуется проводить в теплой воде.

Механотерапия включается в комплекс индивидуальной гимнастики и проводится как вспомогательная процедура с целью восстановления силы и трофики паретичных мышц, амплитуды движений в суставах.

Восстановлению правильных навыков ходьбы врач обязан уделять особое внимание [1].

2. Ортопедические мероприятия.

Методист по лечебной гимнастике показывает больным или их родственникам способ наложения гипсовых лонгет или ортезов, которые они должны применять в домашних условиях 2—4 раза в сутки (на 2—3 часа днем, с оставлением на ночь).

3. Биоуправление с обратной связью.

Один из вариантов следующий. Биоэлектрическая активность, снятая с мышц большого с помощью электронных устройств (электромиографа), преобразуется в контрольные сигналы двух видов: зрительные и звуковые, изменяющиеся пропорционально величине

этой биоэлектрической активности. На этих сигналах больной должен концентрировать свое внимание и пытаться при различных двигательных реакциях сознательно управлять уровнем биоэлектрической активности в мышцах. Благодаря этому, пациент учится подавлять синкинезии и правильно дозировать локальные физические нагрузки. Длительность сеанса — 15—20 минут. Курс лечения составляет в среднем 20—40 процедур.

4. Миорелаксанты (сирдалуд, мидокалм, баклофен).

Эффективным миорелаксантом, одновременно снижающим выраженность болезненных мышечных спазмов, является сирдалуд (тизанидин), избирательно действующий на полисинаптические пути в спинном мозге и уменьшающий поток возбуждения на α -мотонейроны. Начальная доза — 0,001—0,002 в день (в один или два приема). Повышают дозу постепенно и осторожно. Оптимальная суточная доза, которую принимают в 2—4 приема, колеблется в больших пределах — от 0,002 до 0,014. Побочные явления — слабость, сонливость, снижение артериального давления, иногда сопровождающееся полубморочным состоянием.

Мидокалм хорошо переносится, но миорелаксирующий эффект его невелик. Средняя суточная доза — 0,15—0,45 (т.е. по 1—3 драже 3 раза в день). Мидокалм иногда комбинируют с мелликтином (до 10 таблеток мелликтина и до 6 таблеток мидокалма в сутки).

Баклофен (лиорезал) — производное γ -аминомасляной кислоты. Баклофен относится к классу «центральных» миорелаксантов, уменьшающих проводимость моно- и полисинаптических рефлексов и снижающих активность γ -мотонейронов. Начинают принимать баклофен с небольших доз: 0,01—0,015 в день (по 0,005 2—3 раза в день), постоянно повышая дозу каждые 2—3 дня на 0,005—0,015 в день. Средняя терапевтическая доза при постинсультных спастических парезах — 0,03—0,06 в день, в отдельных случаях — 0,075. Длительность приема — несколько месяцев. У части больных возникают побочные явления в виде общей слабости, нарастания слабости в паретичных конечностях, обычно проходящие при снижении дозы. В редких случаях наблюдаются тошнота, головокружение, атаксия. Препарат противопоказан при эпилепсии и паркинсонизме.

Для уменьшения побочных явлений при сохранении терапевтического эффекта ряду больных можно рекомендовать комбинацию двух-трех миорелаксантов. Следует помнить, что если имеется значительная диссоциация между выраженной спастичностью руки и легкой спастичностью (или гипотонией мышц) ноги, прием миорелаксантов противопоказан [4, 6].

5. Лечебные блокады.

Местные спиртоновокаиновые блокады целесообразно использовать для снижения тонуса мышц руки в тех случаях, когда имеется выраженная диссоциация между значительным повышением тонуса в руке и легкой спастичностью или даже гипотонией мышц ноги, а применение миорелаксантов противопоказано.

6. Физиопроцедуры.

Применяются патогенетические и симптоматические физиотерапевтические методики [10].

Патогенетическая физиотерапия: а) при нарушениях венозного оттока эффективно воздействии постоянным магнитным полем на уровне C_V — Th_{IV} позвонков, паравертебрально в течение 10—15 минут (10—15 сеансов); б) электрофорез растворами вазоактивных препаратов (2% эуфиллин, 1—2% никотиновая кислота, 1—2% но-шпа, 5% новокаин) на шейно-воротниковую зону, сила тока 10—15 мА, 15—20 мин (15—20 сеансов); в) для верхних конечностей показаны местные сульфидные ванны по Гауффе с постепенным повышением температуры воды от 36 до 44°C (10—15 процедур через день); г) гидро-, бальнеотерапия — общие жемчужные, хвойные, углекислые, морские ванны (через 6 месяцев после возникновения церебральной ишемии) при 37°C (6—8 процедур через день).

Симптоматическая физиотерапия показана и при двигательных расстройствах, и при мышечной спастичности.

При двигательных и трофических нарушениях показана электростимуляция нервно-мышечного аппарата. Она назначается только после снижения гипертонуса. Целесообразно до начала электростимуляции (за 30 минут) и во время ее проведения применять расслабляющие процедуры.

Можно использовать аппараты многоканальной стимуляции типа «Миотон». Важен правильный выбор параметров стимуляции. Стимулирующая физиотерапия паретичных мышц проводится синусоидально модулированными токами, отношение длительности посылок

тока и паузы 1 : 2 (для избежания переутомления паретичной мышцы), частота 100 Гц, глубина 75—100%, общая продолжительность процедуры 8—10 минут (по 2—3 минуты на одно поле), курс — 15—30 процедур, проводимых ежедневно.

Снижение повышенного мышечного тонуса возможно:

1) тепловым воздействием, которое осуществляется с помощью парафиновых или озокеритовых аппликаций (салфетно-аппликационный и кюветно-аппликационный способы) в виде широких манжет, полос, длинных перчаток или носков в сочетании с определенной позой конечности, при которой точки прикрепления мышц максимально отдалены друг от друга. Температура аппликации — 48—50°C, длительность — 15—20 минут, курс лечения — 10—18 процедур;

2) холодным воздействием — гипотермией. Самым простым и доступным методом гипотермии является наложение на спастичные мышцы целлофановых пакетов с раздробленным льдом. Длительность процедуры — 5—10 минут. Курс — 15—20 процедур. Для гипотермии спастичных мышц используют аппараты: «Гипоспаст-1», «Ятрань», «Linde SE», «Westfalen-Kryostar». Батареи, охлажденные до +10°C, укрепляют на спастичные мышцы на 10—15 минут. Процедуры проводят ежедневно. Курс — 15—20 процедур. Лечение холодом противопоказано при артериальной гипертензии, выраженной артериальной гипотонии, приступах стенокардии, инфекционных и острых воспалительных заболеваниях, болезни Рейно, индивидуальной повышенной чувствительности к холоду;

3) воздействием постоянного магнитного поля на мышцы-сгибатели руки и разгибатели ноги, 20—30 мТ, 15—20 минут, курс — 7—10 процедур, проводимых через день.

Больным с последствиями церебральной ишемии противопоказаны процедуры УВЧ и магнитно-волновой терапии на шейно-воротниковую зону, общая дарсонвализация и общая индуктотермия.

7. Избирательный и точечный массаж.

Массаж по тормозной методике проводится методистом обычно перед занятием гимнастикой или в сочетании с кинезотерапией (каждый день или через день). Массаж является патогенетической и симптоматической терапией. Как патогенетическая терапия он используется для шейно-воротниковой зоны ежедневно, 12—15 процедур на курс. В качестве симптоматической терапии проводится избирательный массаж паретичных мышц, на

курс 15—20 сеансов, каждый день. При массаже спастичных мышц возможно применение только плоскостного поверхностного поглаживания в медленном темпе; при массаже их антагонистов — плоскостное поглаживание, негрубое растирание и разминание, темп — более быстрый [1].

Широко применяется при постинсультных гемипарезах точечный массаж [7]. Массируют от периферии к центру с постепенным усилением раздражения, однако следует помнить: при спастическом параличе раздражение должно быть умеренным, чтобы не вызывать усиления спазма мышцы.

8. Психокоррекция и психотерапия.

Формами психотерапии являются индивидуальные и групповые занятия [4]. Не меньшую роль играет создание благоприятного психотерапевтического климата в окружении больного.

Больному, перенесшему инсульт, необходима психотерапевтическая помощь в осознании механизмов его психологической защиты и мотивов поведения, основных потребностей, внутренних конфликтов. Необходимо корректировать установки пациента и оказывать содействие изменению способов эмоционального реагирования и внутренних переживаний. Следует поощрять достижения в познавательной, эмоциональной и мотивационной сферах, укреплять веру больного в выздоровление.

Помогают в достижении этого суггестивная, рациональная и когнитивная психотерапия, а

также аутогенная тренировка, которая выступает в роли и патогенетической, и симптоматической терапии.

9. Рефлексотерапия по методике, направленной на уменьшение мышечного гипертонуса [8].

Краниопунктура проводится в виде стимуляции моторной и сенсорной зон кожи головы (с учетом клинических синдромов) на противоположной гемисиндрому стороне, 10—30 минут. Курс может составлять 12—18 сеансов. Процедуры назначаются ежедневно или через день. Рекомендуется проведение 3—4 курсов с перерывами в 15—30 дней.

Древневосточные терапевтические рекомендации предписывают при параличе половины тела воздействовать на точки «второго чудесного меридиана» (ЧМII) [11].

Гирудотерапия и фитотерапия проводятся больным с пирамидными двигательными нарушениями по общей схеме восстановительного и резидуального периода инсульта.

Восстановительное немедикаментозное лечение должно проводиться на фоне фармакотерапии и в полном соответствии с принципами доказательной медицины [4, 6, 8].

Комплексный подход к терапии больных с пирамидными двигательными нарушениями позволяет повысить эффективность реабилитации, сократить сроки временной утраты трудоспособности и уменьшить затраты на восстановительное лечение данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация : Руководство для врачей. — М. : Антидор, 2000. — 568 с.
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. и др. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения : Метод. рекомендации. — М., 2000. — 19 с.
3. Виберс Д.О., Фейгин В.Л., Браун Р.Д. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям / Пер. с англ. — М. : БИНОМ, 1999. — 672 с.
4. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Ван Гейн Ж. и др. Инсульт : Практическое руководство для ведения больных. — СПб. : Политехника, 1998. — 630 с.
5. Добровольский В.К. Лечебная физкультура в реабилитации постинсультных больных. — М. : Медицина, 1986. — С. 71—96.
6. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. — М. : Миклош, 2003. — 176 с.
7. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной медицины : 4-е изд., перераб. — М., 2000. — 400 с.
8. Савельева И.Е. Рефлексотерапия в восстановительном лечении больных с инсультами // Академический журнал Западной Сибири. — 2006. — № 2. — С. 22—23.
9. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. — М. : Медицина, 1978. — 216 с.
10. Стрелкова Н.И. Физические методы лечения в неврологии. — М. : Медицина, 1983. — 233 с.
11. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии : Учеб. пособие. — М. : МЕДпресс, 2001. — 456 с.

Поступила 15.03.06 г.