

Н. К. МУРАШКО (Київ, Україна)

## ЕТАПИ ПРОВЕДЕННЯ КІНЕЗІТЕРАПІЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОГО МАСАЖУ ДЛЯ ХВОРОГО, ЩО ТРИВАЛИЙ ЧАС ЗНАХОДИТЬСЯ В ЛІЖКУ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика  
<info@nevrology.com.ua>

*Реабілітація хворих, що перенесли інсульт, являє собою складний процес послідовно проведених медичних та соціальних заходів, спрямованих на відновлення працездатності, здоров'я або максимально можливої адаптації до самообслуговування при наявності стійкого неврологічного дефекту. Вже в гострому періоді інсульту пацієнт потребує не тільки лікарської терапії, догляду, але і в емоційно-психологічної підтримки за типом «бережливого оптимізму». Необхідно пояснити хворому тимчасовий, оборотний характер наявних у нього рухових та інших порушень. З родичами хворого треба обговорити реальний стан речей, прогноз, можливості реабілітації, необхідність госпіталізації або доцільність лікування в домашніх умовах, поставити перед ними чіткі цілі на найближчий час. Активність і обсяг реабілітаційних заходів розширюються у людей молодого віку з задовільним прогнозом захворювання, при цьому враховується їх професійний і соціальний статус.*

---

**Ключові слова:** кінезітерапія, лікувальний масаж, інсульт, реабілітація.

---

Кінезітерапія – лікування рухом для впливу на систему м'язів, зв'язок, суглобів. Метод побудований на здатності м'язів організму реагувати на зміни настрою людини, що грає інтегруючу роль у всіх інтелектуальних процесах, починаючи з самого раннього дитинства, формуючи, таким чином, розуміння світу і створюють основу для розвитку інтелектуальних можливостей [1].

З комплексу пасивних вправ починається відновна гімнастика після інсульту. Ці вправи розраховані на хворого, прикутого до ліжка. Сам він не може рухатися, але, тим не менше, як уже неодноразово говорилося вище, його організм потребує руху. Тому перші вправи виконуються не стільки самим хворим, скільки людиною, яка за ним доглядає:

– паралізовану руку потрібно згинати й розгинати, відводити в бік і здійснювати нею обертальні рухи. Такі вправи проводяться щодня, тривалість їх становить від десяти хвилин до півгодини. При цьому протягом одного «сеансу» необхідно робити два-три невеликі перерви: м'язи, які «забули», як потрібно працювати, повинні отримати кілька хвилин відпочинку;

– взяти хворого, лежачого на спині, за обидві щиколотки і попеременно згинати й розгинати його ноги. Вправа нагадує всім відомий «велосипед», але ступні хворого не повинні відриватися від ліжка [3, 4].

Вправи, що може виконувати сам хворий у той період, коли він ще змушений зберігати виключно горизонтальне положення:

– переміщати погляд вгору-вниз і з одного боку в бік, обертати очима спочатку з відкритими, а потім із закритими очима. Вправа виконується в середньому темпі, кожний з рухів потрібно повторити по 10 разів;

– енергійно стискати і розтискати повіки в середньому темпі, рух потрібно повторити 10–15 разів;

– хворий дивиться на якусь точку, розташовану прямо перед ним. Не відводячи від неї погляду, повертає голову вправо, потім вліво. Потрібно виконати 5–6 разів у кожную сторону.

Після того, як хворому буде дозволено сідати в ліжку, програма вправ ускладниться. Тепер (не забуваючи про колишніх, вже освоєних вправах) потрібно виконувати набір вправ в залежності від різних груп тяжкості захворювання. Індивідуальний метод кінезітерапії спрямований на максимальне відновлення наявного дефекту і складається з декількох етапів:

1 – підготовчого: із проведенням ручного масажу, вібромасажу, медикаментозних блокад;

2 – власне-відновного лікувального комплексу, спрямованого на розширення рухових навичок, що має для хворого вирішальне значення в побутовому і професійному плані.

**Основні етапи розширення рухового режиму:**

**гострий період** – лікування положенням, пасивні і активні рухи, дихальна гімнастика, вправи на покращення розслаблення м'язів, вправи на збереження й збільшення обсягу рухів у суглобах, на нормалізацію і поліпшення координаційних можливостей;

**ранній відновний період** – вправи на збільшення м'язової сили, на зниження і нормалізацію підвищеного м'язового тону, на нормалізацію і усунення атактичних порушень, в тому числі функції рівноваги, відновлення м'язово-суглобового почуття, відновлення найважливіших рухових навичок і їх автоматизацію (стояння, ходи, самообслуговування);

**пізній відновний і резидуальний період** – кінезітерапія спрямована, головним чином, на компенсацію порушених функцій, заснована на включення збереженої ланки і функціональної їх перебудові.

З метою профілактики застійних явищ та інших ускладнень, а також для підготовки до переходу в положення сидячи, починають повертати хворого з боку на бік на 2–5-й день від початку захворювання. Заходи щодо відновлення порушених функцій необхідно починати якомога раніше, але лише після стабілізації життєво важливих функцій (в першу чергу гемодинамічних показників) і неврологічного статусу.

Поряд з відновленням рухів в задачі кінезітерапії входить навчання навичкам самообслуговування, спеціальним гімнастичним прийомам на розслаблення і подолання м'язової спастичності, боротьба з синкінезіями [4, 5].

**Лікувальний масаж** – метод механічного впливу на поверхневі тканини тіла пацієнта з метою нормалізації функцій організму (поліпшення кровообігу, лімфообігу та окисно-відновних процесів у м'язах, суглобах і навколишніх їх тканинах). Підвищується збудливість і еластичність нервово-м'язового апарату. Масаж при відсутності протипоказань призначають в ті ж терміни після інсульту, що і лікування положенням: при неуспішному ішемічному інсульті на 2–4-й день хвороби, при крововиливах у мозок – на 6–8-й день. Масаж проводять у положенні хворого лежачи на спині або на здоровому боці, починаючи з 10 хв і поступово збільшуючи тривалість процедури до 20 хв [6].

Лікувальний масаж при постінсультній геміплегії повинен бути виборчим. При проведенні масажу на м'язах, в яких тонус підвищений, застосовується лише безперервне площинне і обхвачує погладжування яке не змінює м'язовий тонус. При масажі м'язів-антагоністів використовуються прийоми погладжування (площинне глибоке, щипцеобразне і обхвачуєвано-переривчасте), поперечне і спиралевидне розтирання, легка неглибоко подовжена, поперечна і щипцеобразна розминка.

При масажі верхньої кінцівки велика увага приділяється великому грудному м'язу, в якому зазвичай тонус підвищений (застосовують лише погладжування в повільному темпі) і дельтоподібному м'язу, в якому тонус знижений (використовують стимулюючі прийоми у вигляді розминання, розтирання і поколачування в більш швидкому темпі).

**Лікувальний масаж** поділяється на класичний, сегментарний, періостальний, точковий, сполучнотканинний. Масаж не повинен викликати посилення болю, починається з проксимальних відділів кінцівки і продовжується в напрямку до дистальним відділам. Масаж призначають щодня або через день, 10–25 процедур на курс. Повторні курси при необхідності проводять після певної перерви, який може становити від 2 тиж до 2 міс [1, 6].

**Вібростимуляція** – це біомеханічна стимуляція за допомогою приладів, що генерують вібрацію в терапевтичному діапазоні коливань (10–100 Гц). Методика вібростимуляція полягає в тому, що на паретичних кінцівках (рука або нога) розташовується на сферичній частині вібростимулятор і притискається до неї спочатку долонею, потім тильною поверхнею кисті. Далі проводиться вібростимуляція сухожиль згиначів кисті і пальців, а також м'язів, розташованих проксимально – біцепса, трицепса і дельтоподібного м'яза. Вібростимуляція для нижньої кінцівки починається зі стопи з наступним проведенням процедури на проксимальних відділах ноги до тазостегнового суглоба.

Тривалість сеансів від 2 хв до 10 хв, всього хворий отримує 10–15 процедур. Для підвищення ефективності відновлення об'єму рухів в паретичній кінцівки вібраційний вплив поєднується з вольовим зусиллям хворого на виконання певного руху.

**Лікування положенням** – додавання паралізованим кінцівкам правильного положення протягом того часу, поки хворий знаходиться в ліжку.

Нині вважають, що розвиток геміплегіческой контрактури з формуванням пози Верніке – Мана (рука притиснута до тіла, пальці стиснуті в кулак, нога повернена назовні, випрямлена, стопа висить і повернена усередину) може бути пов'язано з тривалим перебуванням паралізованих кінцівок в одному і тому ж положенні в ранньому періоді хвороби. Починають на 2–4-й день хвороби.

Існують різні варіанти укладок паретичних кінцівок:

**1. Укладання в положенні лежачи на спині:**

а) паралізовану руку кладуть на подушку так, щоб вона на всьому протязі знаходилася на одному рівні в горизонтальній площині. Потім руку відводять убік під кутом  $90^\circ$  (при болях починають з меншого кута відведення, поступово збільшуючи його до  $90^\circ$ ), випрямляють і повертають назовні. Кисть з розігнутими і розведеними пальцями фіксують лангетку, а передпліччя – мішечком з піском або сіллю масою близько 0,5 кг (в якості лангетки можна використовувати який-небудь легкий матеріал – фанеру, легкий метал, обтягнуті марлею);

б) паралізовану ногу згинають у колінному суглобі на  $15\text{--}20^\circ$  і підкладають валик. Стопу згинають під прямим кутом і утримують в такому функціонально вигідному положенні за допомогою дерев'яного ящика («футляра для ноги»). В одну з його стінок хвора нога повинна упиратися підошвою. Для більш надійної фіксації футляр прив'язують до спинки ліжка. У такому положенні хворий повинен знаходитися 1,5–2 год. Протягом дня подібну процедуру можна повторювати 2–3 рази.

**2. Укладання хворого в положенні на здоровому боці:**

а) при такому укладанні паралізованим кінцівкам надають зігнуте положення;

б) руку згинають у плечовому і ліктьовому суглобах і поміщають на подушку, ногу – в тазостегновому, колінному і гомілковостопному суглобах, розміщуючи на іншу подушку. Якщо м'язовий тонус не підвищився, укладання в положенні на спині і здоровому боці змінюють кожні 1,5–2 год;

в) у випадках раннього і вираженого підвищення тонузу лікування положенням на спині триває 1,5–2 год, а на здоровому боці – 30–50 хв.

При болісному м'язовому спазмі рекомендовані міорелаксанти центральної дії. Наприклад, препарат Тізалуд (2 мг) виявляє помірний центральний аналгезуючий ефект, знижує опір пасивним рухам, зменшує спазми і клонічні судоми, підвищує силу довільних скорочень, не впливає на нервово-м'язову передачу [2, 7]. Препарат характеризується низькою індивідуальною широтою фармакокінетичних параметрів. Максимальна концентрація в плазмі крові досягається через 1–2 год після прийому. При внутрішньому прийомі дія препарату проявляється через 30–45 хв, максимальний ефект настає протягом 1–2 год.

Показаннями до призначення є хворобливий м'язовий спазм, пов'язаний зі статичними і функціональними захворюваннями хребта (шийний і поперековий синдроми), а також після хірургічних втручань (з приводу грижі міжхребцевого диска, остеоартрозу тазостегнового суглоба); спастичність скелетних м'язів при неврологічних захворюваннях (розсіяному склерозі, хронічній мієлопатії, дегенеративних захворюваннях спинного мозку, порушеннях мозкового кровообігу, церебральному паралічі) [6, 7].

Режим дозування встановлюють індивідуально з урахуванням показань, ефективності і переносимості терапії:

– при болісному м'язовому спазмі призначають по 2 мг або 4 мг 3 рази на добу;

– у тяжких випадках на ніч додатково призначають 2 мг або 4 мг тизанідину;

– при спастичності скелетних м'язів, що зумовлена неврологічними захворюваннями, початкова добова доза не повинна перевищувати 6 мг (по 2 мг 3 рази на добу). Добову дозу можна підвищувати поступово, на 2–4 мг/доба, з інтервалом від 3–4 до 7 днів. Звичайно оптимальний терапевтичний ефект досягається при добовій дозі 12–24 мг, розподіленій на 3 або 4 прийоми через рівні проміжки часу.

Вища добова доза тизанідину для дорослих – 36 мг/доба.

Тривалість курсу терапії визначається залежно від динаміки м'язово-тонічних та больових проявів. При гострому болю м'язового генезу тривалість прийому препарату складає від 1 до 2–3 тиж. При хронічних больових синдромах може знадобитись більш тривалий курс, який визначається індивідуально і в середньому становить від 3–6 тиж до 1 року [6, 7].

**Дихальна гімнастика** – спеціальні дихальні вправи, як активний засіб профілактики і боротьби з легеневиими ускладненнями, особливо в гострий період. Дихальні вправи поліпшують вентиляцію легенів, полегшують наповнення правого передсердя і тим самим сприяють збільшенню швидкості кровотоку і попередження флебітів і тромбоемболії судин. Залежно від стану хворого використовують різні методики дихальних вправ. Однак загальним для них є активація вдиху, що дозволяє цілеспрямовано втручатися в дихальний цикл [1, 2, 4].

При пригніченні свідомості застосовують пасивні вправи, що виконують методисти лікувальної фізкультури, які спрямовані на стимуляцію видиху (загальна тривалість заняття 10–12 хв, кілька разів на добу). При відновленні свідомості і активності хворого переходять до пасивно-активні вправи, по 12–15 хв кілька разів на добу.

#### Список літератури

1. Антонов И. П., Гиткина Л. С. Вертебрально-базилярные инсульты. – Минск: Беларусь, 2007. – 240 с.
2. Боженко Н. Л. Тізалуд в лікуванні міофасціальної больової дисфункції. – Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2012. – № 1. – С. 21–24.
3. Варакин Ю. Я., Никитин Ю. М., Жигалко В. К., Клейменова Н. Б. Реабилитация тяжёлых больных // Журн. невропатологии и психиатрии. – 2004. – Т. 94, № 2. – С. 21–24.
4. Верещакин Н. В., Джибладзе Д. Ж, Гулевская Т. С. и др. Инсульт: лечение, диагностика, реабилитация // Журн. невропатологии и психиатрии. – 2004. – Т. 94, № 2. – С. 103–108.
5. Гиткина Л. С., Старостенко Л. И. Врачебно-трудовая экспертиза острых нарушений мозгового кровообращения: Метод, рекомендации. – Минск, 2010. – 14 с.
6. Козан О. Г., Найдин В. Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. – М., 2008. – 304 с.
7. Мироненко Т. В., Мироненко М. О., Федорковская Б. О. и др. Опыт применения тизанидина в комплексном лечении постинсультных двигательных расстройств. – К.: Здоров'я України, 2010. – С. 34–35.

#### CONDUCT OF THE STAGES AND KINETOTHERAPY THERAPEUTIC MASSAGE FOR THE PATIENT, THAT IS A LONG TIME IN BED

N. K. Murashko (Kiev, Ukraine)

Department of neurology and refleksotherapy  
of the National medical academy of posteducation the name of P. L. Shupika

Rehabilitation of stroke patients, is a complex chain of consistently conducted medical and social measures aimed at rehabilitation, health or possible adaptation to self-service in the presence of a persistent neurological defect. Already in acute stroke patient needs not only to drug therapy and care, but also in the emotional and psychological support for the type of “cautious optimism.” It should be explained to the patient a temporary, reversible nature of its existing motor and other violations. With relatives patient should discuss the real situation, prognosis, rehabilitation opportunities, the need for hospitalization or appropriate treatment at home, put them in front of clear objectives for the near future. Activity and the amount of rehabilitation expanded in young children with satisfactory prognosis, consideration being given to their professional and social status.

**Key words:** kinetotherapy, massage therapy, stroke rehabilitation.