

УДК 616.711-00755-085.825

М.Г. Абдрахманова, Р.А. Беляев, А.М. Алиева, Е.А. Самойленко, Н.В. Тарасова

Кафедра неврологии Карагандинского государственного медицинского университета,
г. Караганда, Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ, В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Проблема мозговых инсультов актуальна в Республике Казахстан, уровень смертности является одним из высоких в мире - 239,9 на 100 тысяч умерших. Немаловажным является реабилитационный период больных, перенесших инсульт. Наше исследование посвящено такому направлению, как кинезиотейпирование. Мы оценивали уровень и степень восстановления двигательной активности и чувствительных функций у больных перенесших ишемический инсульт, сравнили длительность реабилитационного периода с применением методики тейпирования и без нее. В исследовании участвовало 40 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении реабилитации в раннем восстановительном периоде перенесенного ишемического инсульта. Для исследования использовались оценочные шкалы Бартелла, NIHSS, Рэнкина. Применение кинезиотейпирования в неврологической практике инсультных больных является эффективным методом более быстрого и успешного реабилитационного периода восстановления двигательной активности и чувствительности у больных.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, кинезиотейпирование, оценочные шкалы

Актуальность темы

Ишемический инсульт (ИИ) – важнейшая медико-социальная проблема. Это обусловлено его высокой долей в структуре заболеваемости и смертности и большой продолжительностью временной и стойкой нетрудоспособности [1, 2]. Число больных с ИИ неуклонно растет, при этом регистрируется тенденция к увеличению среди них лиц молодого возраста, что дает повод говорить об «омоложении» заболевания. В зависимости от локализации поражения головного мозга, нарушаются двигательная активность, речевая и зрительная сфера, процессы понимания, психическая сфера. Проблема мозговых инсультов актуальна в РК, уровень смертности является одним из высоких в мире - 239,9 на 100 тысяч умерших, что несопоставимо выше, чем, например, в Японии - 75,8 и США - 48,0. В Казахстане ежегодно заболевает инсультом более 40 тысяч человек. Количество больных, получающих пособие по инвалидности в стране, в связи с перенесенным инсультом, превышает 200 тысяч человек. Имеющиеся официальные данные по проблеме инсульта не дают полной и адекватной реальной картины, так как «Регистр инсульта» был проведен только в некоторых городах нашей страны [3].

Немаловажным является реабилитационный период больных, перенесших инсульт. Самым главным и трудоемким процессом остается восстановление мышечной силы и двигательной активности больного. Потеря двигательной активности практически всегда сопровождается сенсорными нарушениями. И чем раньше будет начат курс реабилитационной терапии, тем больше шансов на восстановление. Реабилитационная терапия вклю-

чает: медикаментозную терапию, массаж, ЛФК, физиотерапию, рефлексотерапию, эрготерапию, психотерапию [4]. К сожалению проблема отечественной медицины в отношении восстановления после инсультов заключается в следующем:

- малое количество инсультных центров, для оказания специализированной медицинской помощи больным с инсультом, включающих круглосуточную службу нейровизуализации, ультразвуковое диагностическое оборудование, мультидисциплинарный штат сотрудников, мультидисциплинарную реабилитационную бригаду с возможностью проведения экстренных нейрохирургических вмешательств, системного тромболитика и др.;

- реабилитацию назначают далеко не всегда и не сразу;

- если реабилитационное лечение даже назначили, то дожидаться свободного места в специализированном отделении можно неделями, тогда как время работает против больного;

- техническая оснащенность соответствует мировому уровню только в именитых государственных реабилитационных центрах;

- комплексный мультидисциплинарный подход применяется крайне редко из-за отсутствия команды необходимого количества врачей требуемой специализации и квалификации.

Наше исследование посвящено такому направлению, как кинезиологическое тейпирование. В настоящее время тейпирование применяется для решения очень многих проблем, связанных с функционированием опорно-двигательного аппарата. И если раньше тейпирование широко применялось лишь в спорте, то теперь все выгоды, которые дает использование метода эластичной фиксации тейпами, оценили и те врачи, которые не связаны со спортивной медициной. Среди возможных об-



ластей медицины, в которых показано применение данной методики особенно следует выделить неврологию (ОНМК, нарушение чувствительности или полная ее утрата, парезы и пlegии различного генеза, остеохондрозы и т.д.) и медицинскую реабилитацию [5]. В связи с этим появилось большое количество методов и техник наложения тейпов, разрабатываются специальные материалы для тейпирования, которые позволяют пациенту длительно носить фиксирующие ленты на теле без дискомфорта и ограничений.

Реабилитационное кинезиотейпирование включает в себя целый ряд корректирующих техник, которые позволяют предотвратить перенапряжение травмированной области, улучшить лимфоотток, облегчить функционирование большого сустава, уменьшить боли, уменьшить отечность тканей и гематомы [5].

Цель работы

Оценить уровень и степень восстановления двигательной активности и чувствительных функций у больных перенесших ишемический инсульт, сравнить длительность реабилитационного периода с применением методики тейпирования и без нее.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 40 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении реабилитации Областного Медицинского Центра г. Караганды в раннем восстановительном периоде перенесенного ишемического инсульта. Всем больным проводилось общеклиническое и неврологическое обследование. Для исследования использовались оценочные шкалы Бартелла, NIHSS, Рэнкина. Группа исследуемых и группа контроля составляла по 20 человек. В исследуемой группе применялась методика кинезиотейпирования, для этого использовались специальные кинезиотейпы, которые наносились по типу аппликации на поврежденную верхнюю и/или нижнюю конечность.

Ход работы и результаты

Проведено неврологическое обследование 40 больных с верифицированным диагнозом перенесенного ОНМК по ишемическому типу, ранний восстановительный период, находящихся на лечении в реабилитационном отделении ОМЦ г. Караганды. Динамика изучалась в день поступления, на 5-й и 10-й день реабилитационного периода перенесенного ИИ. При этом были группы пациентов, в реабилитации которых применяли метод тейпирования, и пациенты, в лечении которых тейпирование не использовалось, однако все пациенты получали базисную терапию, направленную на коррекцию центральной и церебральной гемодинамики, восстановление двигательных и сенсорных расстройств. Обе группы обследованных были идентичны по демографическим показателям, этиологии ИИ и тяжести состояния. Для объективизации тяжести состояния были использованы взаимно дополняющие шкалы: шкала Рэнкина, NIHSS, Бар-

тела. Данные наблюдений и обследований заносились в специальные анкеты, с последующей обработкой полученных результатов.

По результатам исследования оценивая уровень тяжести ишемического инсульта с использованием шкалы по NIHSS, средние результаты в день поступления на реабилитационное лечение колебались в пределах 10-20 баллов (табл. 1), что свидетельствовало о том, что вероятность благоприятного исхода составляет ориентировочно 50%. Итак, в группе контроля и исследуемой группе на протяжении 10 дней (1-й, 5-й, 10-й) оценивалась степень неврологического дефицита и процесс его восстановления (рис. 1). В результате в группе контроля средний результат на 10 день исследования по сравнению с первым днем уменьшился на 4-5 единицы, что является неплохим результатом в столь короткий период времени, но тем не менее оставляет желать лучшего, в исследуемой же группе средний балл уменьшился на 5-7 единиц. При этом следует отметить, что объем движений на стороне пареза значительно увеличивался, восстанавливалась чувствительность и возросла мышечная сила.

Таблица 1

Оценка тяжести инсульта по шкале NIHSS

Группа исследуемых:			
	Среднее арифметическое значение		
Неврологические показатели	1 день	5 день	10 день
Уровень сознания	0	0	0
Ответ на вопросы	0	0	0
Выполнение команд	0	0	0
Фиксация взора	2	2	1
Зрение	2	1	0
Парез лицевой мускулатуры	2	1	1
Движения руки на стороне пареза	3	3	2
Движения ноги на стороне пареза	3	3	2
Атаксия в конечностях	2	1	0
Чувствительность	2	1	1
Дизартрия	1	1	1
Угасание и отсутствие внимания	0	0	0
Сумма баллов:	17	13	8
Группа контроля:			
	Среднее арифметическое значение		
Неврологические показатели	1 день	5 день	10 день
Уровень сознания	0	0	0
Ответ на вопросы	0	0	0
Выполнение команд	0	0	0
Фиксация взора	2	2	1
Зрение	2	1	0



Парез лицевой мускулатуры	2	1	1
Движения руки на стороне пареза	3	3	2
Движения ноги на стороне пареза	3	3	3
Атаксия в конечностях	2	2	2
Чувствительность	2	2	2
Дизартрия	1	1	1
Угасание и отсутствие внимания	0	0	0
Сумма баллов:	17	15	12

Оценивая уровень активности с использованием шкалы Бартелл (табл. 2), в группе контроля в 1-й день наблюдения сумма баллов уровня активности как среди мужчин так и среди женщин составляла от 50 до 65 баллов, что соответствовало выраженной зависимости больных от посторонней помощи, на 5-й день наблюдения сумма баллов уровня активности возрастала на 1-2 балла, и на 10-й день наблюдения сумма баллов по сравнению с первым днем увеличивалась не более чем на 10-15 баллов, причем следует отметить, что несмотря на использование в терапии массажа и ЛФК, уровень восстановления двигательной активности изменялся незначительно. В исследуемой группе результаты были более положительными, по сравнению с первым днем на 10-й день сумма баллов уровня активности возрастала значительно выше, на 20-25 баллов, что свидетельствовало о более быстром восстановительном периоде (рис. 2).

Таблица 2

Оценка уровня активности по шкале Бартелла

Группа исследуемая			
Уровень активности	1 день	5 день	10 день
Прием пищи	5	5	10
Прием ванны	0	0	0
Персональный туалет (умывание лица, бритье, чистка зубов, причесывание)	0	0	0
Одевание	5	5	5
Контроль дефекации	5	10	10
Контроль мочеиспускания	10	10	10
Пользование туалетом	5	5	10
Переход со стула на кровать	5	10	15
Передвижение	10	10	10
Подъем по лестнице	5	5	5
Сумма баллов:	50	60	75
Группа контроля			
Уровень активности	1 день	5 день	10 день
Прием пищи	5	5	10
Прием ванны	0	0	0

Персональный туалет (умывание лица, бритье, чистка зубов, причесывание)	0	0	0
Одевание	5	5	5
Контроль дефекации	5	5	10
Контроль мочеиспускания	10	10	10
Пользование туалетом	5	5	5
Переход со стула на кровать	5	10	10
Передвижение	10	10	10
Подъем по лестнице	5	5	5
Сумма баллов:	50	55	65

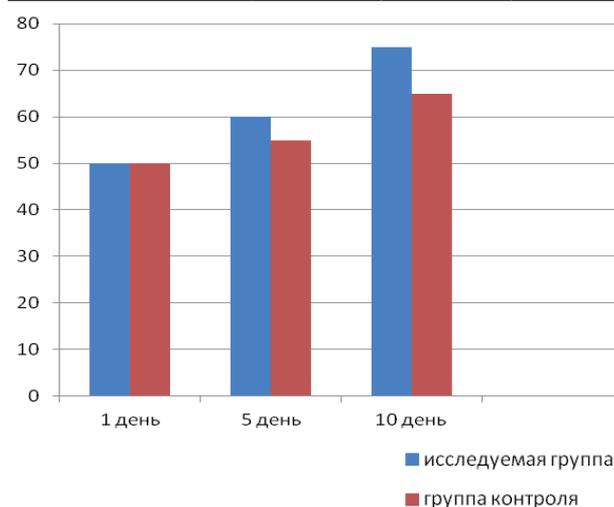


Рисунок 2 - Уровень активности пациентов по шкале Бартелла

Также для оценки функционального состояния больных также использовалась шкала Рэнкина, по которой на момент начала исследования все больные находились на уровне 3-4 степени инвалидизации, т.е. с трудом могли передвигаться, обслуживать себя, и постоянно нуждались в посторонней помощи. На 10-й день исследования большая часть больных в группе контроля остались на прежнем уровне, и лишь около 15% больных перешли из 4 степени на 3-ю степень инвалидности, в исследуемой группе результаты оказались несколько лучше, и 30% больных уже на 10-й день способны были обслуживать себя без присмотра и посторонней помощи (табл. 3).

Таблица 3

Оценка функционального состояния больных по шкале Рэнкина

	1 день			5 день			10 день		
	0-2ст.	3ст.	4-5ст.	0-2ст.	3ст.	4-5ст.	0-2ст.	3ст.	4-5ст.
Исследуемая группа	0%	40%	60%	20%	50%	30%	30%	55%	15%
Группа контроля	0%	5%	95%	0%	7%	93%	1%	15%	84%

Результаты и выводы

По результатам проведенного исследования можно прийти к следующим выводам: применение



кинезиотейпирования в реабилитации инсультных больных является эффективным методом позволя-

ющим добиться сокращения периода восстановления двигательной активности и чувствительных функций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулебрас А. Инсульт – острое заболевание, которое можно предотвратить // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2007. – С. 74-76.

2. Хаким А.М. Перемены в системе помощи при инсульте: Канадский опыт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2007. – С. 129-132.

3. Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Журнал Человек и Лекарство – Казахстан. - №3 (3). – С. 6-9.

4. Епифанов В.А., Епифанов А.В., Левин О.С. Реабилитация больных, перенесших инсульт: МЕД-пресс – информ, 2014.

5. Косаткин М.С., Ачкасов Е.Е., Добровольский О.Б. Основы кинезиотейпирования: Москва, 2015. – С. 17-18.

ТҮЙІНДЕМЕ

М.Г. Абдрахманова, Р.А. Беляев, А.М. Алиева, Е.А. Самойленко, Н.В. Тарасова

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Неврология кафедрасы, Қарағанды қ., Қазақстан

ЕРТЕ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ КЕЗЕҢІНДЕ МИ ИНСУЛЬТІН АЛҒАН НАУҚАСТАРҒА КИНЕЗИОТЕЙПИРЛЕУДІ ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Түйіндеме: Ми инсульті Қазақстан Республикасында өзекті мәселе болып табылады, өлім деңгейі әлем бойынша ең жоғары көрсеткіштердің біріне жатады – 100000 қайтыс болған адамға шаққанда 239,9 тең. Инсульт алған науқастардың оңалту кезеңі аса маңызды мәселе болып табылады. Біздің зерттеу осындай бағыттағы кинезиотейпирлеуге арналған. Біз ишемиялық инсульт алған науқастардың қозғалыс белсенділігін қалпына келтіру уақытын қысқарту дәрежесі және сенсорлық функциялары мен деңгейін бағалап, тейпирлеу әдісін және бұл әдіссіз қайта қалпына келтіру кезеңіндегі

ұзақтығын салыстырдық. Зерттеуге стационарлық емдеуде оңалту бөлімшесінің ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсультке шалдыққан 40 пациент қатысқан. Зерттеуге Бартелл, NIHSS, Рэнкин бағалау межелері қолданылды. Кинезиотейпирлеу неврологиялық тәжірибеде инсульт алған науқастар және қайта қалпына келтіру кезеңіндегі науқастардағы қозғалыс белсенділігін және сезімталдығының тиімді әдісі болып табылады.

Кілттік сөз: инсульт, реабилитация, кинезиотейпирлеу, бағалау межесі.

SUMMARY

M.G. Abdrakhmanova, R.A. Belyayev, A.M. Alieva, E.A. Samoylenko, N.V. Tarasova.

Department of Neurology of the Karaganda State Medical University, Karaganda, Republic of Kazakhstan

THE EFFECTIVENESS OF KINESIO TAPING IN PATIENTS AFTER CEREBRAL STROKE IN THE EARLY RECOVERY STUDIES

Summary: The problem of brain stroke is acute in the Republic of Kazakhstan, the mortality rate is one of the highest in the world - 239.9 per 100,000 died. Rehabilitation period of stroke patients is a very important issue. Our research is devoted to such direction as Kinesio Taping. We assessed the level and degree of shortening of the period of recovery of motor activity and sensitive functions in patients with ischemic stroke, compared the duration of the rehabilitation period using the method and without it.

The study involved 40 patients who are hospitalized in the rehabilitation department in the early recovery period of ischemic stroke. Bartell scale, NIHSS, Rankin were used for the estimates of the study. Kinesio Taping in neurological practice of stroke patients is a very effective method of quick and successful rehabilitation period restoration of motor activity and sensitivity in patients.

Keywords: stroke, rehabilitation, Kinesio Taping, rating scales.