

ВПЛИВ МАСАЖУ ТА КІНЕЗІОТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ СПАСТИЧНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Ольга Усіченко, Віктор Литовченко

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Зростання захворюваності на ішемічний інсульт обумовлює необхідність обґрунтування знань щодо розробки алгоритму введення пацієнтів після перенесеного інсульту, впровадження у практичну діяльність нових підходів до фізичної терапії у пізньому періоду ішемічного інсульту. Призначення сегментарно-рефлекторного масажу у сполученні з кінезіотерапією суттєво впливає на рівень спастичності.

Ключові слова: ішемічний інсульт, сегментарно-рефлекторний масаж, кінезіотерапії.

Abstract. The increase in the incidence of ischemic stroke necessitates the substantiation of knowledge regarding the development of an algorithm for the introduction of patients after a stroke, the introduction into practice of new approaches to physical therapy in the late period of ischemic stroke. The appointment of segmental-reflex massage in combination with kinesiotherapy significantly affects the level of spasticity.

Keywords: ischemic stroke, segmental-reflex massage, kinesiotherapy.

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в найближчі кілька років очікується зростання захворюваності на інсульт в країнах Європи, і до 2025 року цей показник зросте на 30%. Інсульт є однією з найсерйозніших форм пошкодження кровоносних судин головного мозку. В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, пов'язана з наслідками інсульту на відміну від багатьох інших країн.

В нашій країні інсульт значно випереджує злоякісні новоутворення та впевнено займає друге місце. У результаті інвалідизації працездатного населення, витрат на тривале лікування та реабілітацію цих хворих, інсульт вносить в економіку суспільства величезний збиток. Інсульт - захворювання з серйозними ускладненнями. Інсульти часто порушують рухові та мовленнєві

функції, одужання неможливо без належного реабілітаційного втручання. Тому це важлива медико-соціальна проблема. В пізньому відновному періоді основними засобами фізичної терапії є кінезіотерапія, масаж, фізіотерапевтичні процедури [4, 5].

Мета дослідження - оцінити вплив кінезіотерапії та масажу на рівень спастичності за шкалою Ашворда пацієнтів із ішемічним інсультом в пізньому відновному періоді.

Результати дослідження. Під спостереженням знаходилося 10 чоловіків від 42 до 54 років із ішемічним інсультом на пізньому відновному періоді. Хворі були за методикою випадкових чисел розділені на 2 групи – контрольну (КГ) та основну (ОГ) – по 5 осіб. Середній вік в основній групі склав $48,20 \pm 0,87$, а в контрольній – $47,50 \pm 0,80$ роки. За загальними характеристиками, наявністю супутньої патології основна та контрольна групи були однорідні. Первинне дослідження проводилось на початку тренувального рухового режиму, а повторне наприкінці режиму (через 24 дні).

Оцінку м'язової спастичності проводили за шкалою Ашворта. Середньостатистичні показники за шкалою спастичності Ашворда у загальній виборці хворих складав $2,01 \pm 0,78$ бала. Тільки 2 пацієнта отримали 1 бал і мали легке підвищення тонузу у вигляді супротиву або при згинанні, або при розгинанні кінцівки. 2 бали спостерігали у 3 пацієнтів, тобто підвищення тонузу у них було незначним, яке виникало після половини об'єму руху. У 5 пацієнтів показник спастичності за шкалою Ашворда відзначили помірне підвищення тонузу протягом усього руху без затруднення виконання пасивних рухів (рис. 1).

Чоловікам основної групи заходи фізичної терапії проводилися за модифікованою програмою, контрольної групи – за загальноприйнятими рекомендаціями МОЗ України. Заняття з пацієнтами проводили кожен день. Метод проведення занять: груповий та індивідуальний.



Рис. 1. Відсоткове співвідношення пацієнтів за рівнем спастичності за шкалою Ашворда.

Пацієнтам ОГ на заняттях з кінезіотерапії пропонували активні рухи в паретичної мускулатурі одночасно обома руками виконувати різноманітні рухи пальцями (розведення, згинання, зіставлення всіх пальців із першим пальцем, «пазурі», «щиглики» та ін.), захоплення пальцями великих гумових і пластмасових предметів (м'яча, губки та ін.); усілякі вправи для променезап'ясткового суглоба, включаючи пронацію та супінацію.

Активні рухи в суглобах кінцівок, функції яких не порушені, виконувати з повною амплітудою та багаторазовими повтореннями. Пасивні рухи необхідно було виконувати до активного скорочення м'язів паретичних кінцівок. Активні рухи - з полегшених вихідних положень або за допомогою фізичного терапевта, чергуючи з пасивними рухами.

Обов'язково виконувати вправи на розслаблення в поєднанні з дихальними вправами. Оскільки при видиху тонус м'язів трохи зменшується, необхідно було виконувати рухи кінцівками, тонус м'язів яких підвищений, разом із подовженим видихом. До занять були включені вправи на координацію (поєднання найпростіших, а потім більш складних рухів у всіх суглобах кінцівок). До занять були включені вправи у вихідному положенні стоячи: махові рухи верхніми кінцівками (погойдування розслабленою рукою назад і вбік); спільні рухи здоровою та хворою руками, що імітують рухи при ходьбі; спеціальні вправи для розслаблення хворої руки (погойдування, потрушування, чергування активного напруження і розслаблення); максимальні згинання

паретичної ноги в колінному і тазостегновому суглобах (з підніманням коліна); спроби поставити ногу на підвищення, напівприсідання з опорою руками на гімнастичну стінку.

Сегментарно-рефлекторний масаж, а саме масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів попереково-крижового відділу хребта, з якого здійснюється іннервація нижніх кінцівок. Завданням такого масажу є нанесення механічних подразнень на корінці спинномозкових нервів у місцях їх виходу з хребетного стовпа. Це сприяє наданню стимулюючого впливу на тканинні та фізіологічні процеси в рефлекторно пов'язаних тканинах нижніх кінцівок. Процедуру проводять в вихідному положенні масажованої людини лежачи на животі, під який підкладали невеличкий масажний валик.

Після погладжування масажованої ділянки послідовно проводили сполучнотканинний масаж такими прийомами: прямолінійне розтирання вдовж хребетного стовпа; розтирання штриховими рухами; розтирання ребрами долонь; розтирання «пилка ребрами долонь» як поперечно, так і подовжньо; розтирання спіралеподібно. І потім круговими розтираннями навколо кожного хребця, опрацьовували місця виходу корінців спинномозкових нервів. В подальшому «пилкою долонь» розтирали зони «Ромба Міхаеліса» у різних напрямках, приділяючи особливої уваги нижнім межам криження. На завершення проводили неперервну вібрацію паравертебральних зон масажованої ділянки. Тривалість такого масажу до 10-12 хвилин [1-3].

Динаміка середньостатистичних показників за шкалою спастичності Ашворда у загальній виборці хворих ОГ набула значення $3,1 \pm 1,2$ бали ($<0,05$), у пацієнтів КГ $2,6 \pm 0,85$ бали ($>0,05$) у порівнянні з первинним показником, який складав $2,01 \pm 0,78$ бали (табл. 1).

Таким чином, після розробленою програми фізичної терапії спостерігали зниження рівня спастичності, проте у пацієнтів ОГ зміни відбулися статично значущі.

Таблиця 1

**Динаміка відсоткового співвідношення пацієнтів ОГ (n=5) і КГ (n=5)
за рівнем спастичності за шкалою Ашворда, %**

| Рівень тонусу | До програми | Після програми | |
|----------------------------|-------------|----------------|-----------|
| | | ОГ X±m | КГ X±m |
| Легке підвищення тонусу | 20 | 45 | 30 |
| Незначне підвищення тонусу | 30 | 40 | 35 |
| Помірне підвищення тонусу | 50 | 15 | 35 |

Висновки. Результати констатувального експерименту вказали на те, що у пацієнтів із ішемічним інсультом у пізньому відновному періоді за шкалою спастичності Ашворда спостерігається підвищений тонус у вигляді супротиву або при згинанні, або при розгинанні кінцівки. Заняття кінезіотерапією, які мали спрямованість на міофасціальний реліз, на рівновагу, на звисаючу стопу, пастуральну пропріорецепцію та сегментарно-рефлекторний масаж достовірно покращили показник рівня спастичності у пацієнтів ОГ ($p < 0,05$).

Література.

1. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник. - 2-е вид., перероб. і доп. Харків. ХНАДУ. 2013. 296 с.
2. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П. «Особливості проведення реабілітаційного масажу при дисфункціях м'язів передпліччя», Слобожанський науково-спортивний вісник. Харків. ХДАФК. 2021. № 2 (82). С 57-62.
3. Місюра В.Б., Єфіменко П.Б. Сегментарно-рефлекторний масаж при порушенні паттерну ходьби. Фізична культура, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи: збірник тез XXII Міжнародної науково-практичної конференції, 6-7 грудня 2022 року. Харків. С. 333-335.
4. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні. Запорізький медичний журнал. 2010. Т. 12, № 3. С. 42–47.
5. Рубан Л., Місюра В. Фізична терапія постінсультних хворих в резидуальному періоді. Науковий часопис Національного педагогічного

університету імені М. П. Драгоманова. 2021. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт), (3(133)), 112-116. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3\(133\).22](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3(133).22).

References

1. Yefimenko P.B. Technique and technique of classical massage: study guide. 2nd ed., revised. and additional Kharkiv. I'm looking for 2013. 296 p.

2. Yefimenko P.B., Kanishcheva O.P. "Features of rehabilitative massage for forearm muscle dysfunctions", Slobozhansk scientific and sports bulletin. Kharkiv. KhDAFC 2021. No. 2 (82). С 57-62.

3. Mysyura V.B., Yefimenko P.B. Segmental-reflex massage in case of impaired walking pattern. Physical culture, sport and health: state, problems and prospects: a collection of theses of the XXII International Scientific and Practical Conference, December 6-7, 2022. Kharkiv. P. 333-335.

4. Revenko I. L. Epidemiology of stroke in Ukraine. Zaporizhia Medical Journal. 2010. Vol. 12, No. 3. P. 42–47.

5. Ruban L., Misyura V. Physical therapy of post-stroke patients in the residual period. Scientific journal of the National Pedagogical University named after M.P. Drahomanov. 2021. Series 15. Scientific and pedagogical problems of physical culture (physical culture and sports), (3(133)), 112-116. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3\(133\).22](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.3(133).22) .

Відомості про авторів

Усіченко Ольга Юріївна: магістранта; Харківська державна академія фізичної культури, Україна.

Литовченко Віктор Олексійович: доктор медичних наук, професор; Харківська державна академія фізичної культури, Харківський національний медичний університет, Україна,.