

Турузбекова Б.Д., Султанмуратов М.Т., Сагымбаев М.А.

КЫРГЫЗСТАНДА ИШЕМИЯЛЫК СОККУГА ЧАГЫЛГАН БЕЙТАПТАРДЫ ЭРТЕ КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮНҮН АКТУАЛДУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

Турузбекова Б.Д., Султанмуратов М.Т., Сагымбаев М.А.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В КЫРГЫЗСТАНЕ

B.D. Turuzbekova, M.T. Sultanmuratov, M.A. Sagymbaev

ACTUAL PROBLEMS OF EARLY RECOVERY OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN KYRGYZSTAN

УДК: 616.831-005.1-036 (575.2)

Макалада Кыргызстанда ишемиялык соккусу менен бейтаптардын чагылган эрте калыбына келтирүү маселесин актуалдуулугу жана көйгөйлөрү сүрөттөлөт, анткени бул маселе дүйнөдө бейтаптардын майыптыгын бир негизги себеби болуп саналат. Ошондой эле кинезитерапия ыкмалары сүрөттөлгөн (Кобат, Войт, PNF (проприоцептивдик жардам ыкмасы) ыкмалары). Көп ыкмалардын негизинде онтогенетикалык принцип турат, анткени ишемиялык соккусу менен чагылган бейтаптардын кыймыл аракетин калыбына келтирүү үчүн принциптин негизинде турган универсалдуу схема колдонулат. Бирок, өзгөчө PNF ыкмасы көп жарыяланган, жакында биздин өлкөдө да ишке ашырылып келтирилген. Ыкманын таасирин күчөтүү үчүн кинезиотейп колдонулат, аны япон окумуштуу Кензо Касе иштетип чыккан, мурда бир гана спортто колдонулган, бирок азыркы убакытта калыбына келтирүү дарылоодо колдонулуп башталды.

Негизги сөздөр: ишемиялык сокку, кинезитерапия, Кобат ыкмасы, Войт ыкмасы, PNF ыкмасы, кинезиотейп, эрте калыбына келтирүү, Кыргызстан.

В статье изложены актуальность и проблемы раннего восстановительного лечения пациентов с ишемическим инсультом в Кыргызстане, так как инсульт остается одной из ведущих причин инвалидизации больных в мире. Также описаны методики кинезитерапии (методики Кобата, Войты, PNF (метод проприоцептивного облегчения)). В основе многих методик лежит онтогенетический принцип, так как восстановление двигательной функции у больных с церебральным инсультом происходит по той же универсальной схеме развития двигательной активности. Но особое широкое распространение получил метод PNF, который с недавних пор стал применяться и в нашей стране. Для усиления эффекта рекомендуется использовать кинезиотейпы, разработанные японским ученым Кензо Касе, которые раньше применялись только в спортивной меди-

цине, но с недавних пор стали применяться и в восстановительной терапии.

Ключевые слова: ишемический инсульт, кинезитерапия, метод Кобата, метод Войты, метод PNF, кинезиотейп, раннее восстановление, Кыргызстан.

The article describes the relevance and problems of early rehabilitation of patients with ischemic stroke in Kyrgyzstan, because the stroke is one of the leading causes of disability in the world. In addition, the article describes kinesitherapy techniques (methods of Kobat, Vojt, PNF (proprioceptive neuromuscular facilitation)). Many methods are based on the ontogenetic principle, because the restoration of motor function in patients with cerebral stroke occurs according to the same universal pattern of development of motor activity. PNF techniques have gained particular widespread use, which has recently begun to be applied in our country. It is recommended to use kinesiotape to enhance the effect, which are developed by Japanese scientist Kenzo Kase, which were previously used only in sport, but have recently begun to be used in rehabilitation.

Key words: ischemic stroke, kinesitherapy, method of Kobat, method of Vojt, PNF method, kinesiotape, early rehabilitation, Kyrgyzstan.

Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медицинской и социально значимой проблемой. Согласно мировой статистике, инсульт занимает лидирующие позиции по смертности и инвалидизации среди сосудистых заболеваний головного мозга. С каждым годом все больше молодых людей сталкиваются с данной патологией и соответственно уменьшается численность работоспособного населения. Каждый год около 6 млн. человек сталкиваются с данной патологией, из которых лишь 30% пациентов могут продолжить полноценный образ жизни, а у 10% остается выраженный двигательный дефицит [1].

Учитывая улучшившуюся систему интенсивной терапии и раннее восстановительное лечение индексы смертности и инвалидизации уменьшились.

Основополагающей для инвалидизации больных является двигательный дефицит, который проявляется у 90% пациентов. В течение полу года, при соответствующем лечении, происходит максимальное восстановление двигательной активности, помогающее улучшить качество жизни и вернуться к полноценной жизни.

Клинические симптомы достаточно разнообразны и зависят от поражения функционально значимых зон головного мозга, глубины, размеров, латерализации очага поражения [2, 3, 4]. В основном у больных с инсультом возникает гемипарез или гемиплегия (выпадение или нарушение произвольных движений), который и вызывает выраженный дискомфорт в повседневной деятельности жизни больного и его родственников.

Онтогенетический принцип лежит в основе многих реабилитационных методик. Этот принцип воссоздает и исследует становление биомеханизма ряда движений в горизонтальном и вертикальном положении, который помогает восстановить утраченный двигательный акт [5].

Существуют этапы двигательного развития в раннем детском возрасте, которые описаны в детской неврологии, такие как:

- подъем и удержание головы;
- поворот со спины на живот;
- ползание без потери контакта туловища с опорой;
- ползание на четвереньках;
- хождение с опорой;
- свободное хождение.

Лечебная восстановительная гимнастика для больных с инсультом повторяет те же этапы, через которые проходит ребенок раннего возраста. Начинают от крупных суставов и переходят к мелким, например, сгибание руки в плечевом суставе, далее переходят сгибанию в локтевом и в лучезапястном суставе, при котором используются сохраненные мышечные сокращения, которые стимулируют мышечные реакции, это происходит за счет наличия функциональных связей в спинном мозге. Данный подход используется при методике Кобата [6,7]. Существует методика, именуемая методикой Войты [8,9], основанная на создании рефлекс защищающих позиций, то есть больному придают определенное положение, например, удержать нижнюю конечность согнутой в тазобедренном и коленном суставе и просят ее удержать в таком

положении в течение некоторого времени, данная методика одновременно тренирует и стимулирует двигательный акт. Данная схема восстановительной гимнастики с постепенной сменой исходных положений, позволит в полной мере помочь пациентам в раннем восстановительном периоде. А также выполняют пассивные упражнения и заканчивают активными, от неkoordinированных движений к координированным и ловким двигательным актам [10].

Особое признание получил метод PNF [11] (метод пропреоцептивного облегчения), который с недавних пор стал применяться и в Кыргызстане. Данный метод опирается на этапности и пластичности нервной системы. То есть больной уподобляется постепенному развитию двигательной активности ребенка: больной учится переворачиваться, сидеть опираясь руками, стоять и передвигаться на четвереньках, при которых укрепляются мышцы спины, плечевого и тазового пояса, далее ходьба и тренировка мелкой моторики. При выполнении какого-либо движения больного, инструктор производит сопротивление, то есть чем больше больной производит какое-либо движение, тем больше инструктор сопротивляется, таким образом происходит растормаживание сохраненных двигательных центров. Данная методика должна придерживаться следующих этапов:

- некоординированные, нецеленаправленные движения;
- некоординированные, целенаправленные движения;
- координированные, целенаправленные, но без ловкости;
- ловкость в выполнении целенаправленного движения.

Применение в реабилитационных мероприятиях онтогенетического подхода дает неоспоримо высокий результат. Эффективность каждой описанной методики часто подкреплена теоретически и клинически [6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14].

Для усиления и улучшения результата при восстановительной терапии постинсультных больных, также используется метод кинезиотейпирования. Кинезиотейпирование применяется при острых нарушениях мозгового кровообращения, заболеваниях опорно-двигательного аппарата, последствий черепно- и спино-мозговых травм и тд. В течение 6 лет японский ученый Кензо Касе разрабатывал и изучал свойства лечебных эластических лент, позднее он назвал их «кинезиотейпами». В 1973 году доктор Касе представил кинезиотейпы научному миру, который вызвал скептическое мнение у специалистов. Однако данные

тейпы получили признание в спортивной медицине, когда японские спортсмены выступили с аппликациями на Олимпийских Играх в Сеуле в 1988 году. После чего кинезиотейпы применялись в основном только в спорте в плоть до 1995 года. Однако эластические ленты постепенно полюбили и в медицине при оказании медицинской помощи и в реабилитации [10]. При детальном изучении патогенеза эластических тейпов, было выявлено что происходит механическое приподнимание кожи и подкожно-жировой клетчатки и в месте нанесенной аппликации улучшается микроциркуляция, то есть улучшается метаболизм и лимфоток, также стимулируются рецепторы кожи и улучшается нервно-мышечная передача. Учитывая данные свойства тейпов и в зависимости от области наложения аппликаций и их натяжения, их стали активно применять в реабилитации больных после инсульта, где получили положительные результаты и восстановление происходило быстрее [8]. Как известно, у многих постинсультных больных повышается тонус мышц пораженных конечностей по спастическому типу, что так же провоцирует боль и в следствие чего движения становятся менее активными. Существуют определенные методики по наложению аппликаций для больных с гемипарезами (рис. 1), который позволяет уменьшить боль, улучшить микроциркуляцию и уменьшить спазм мышц. При выполнении упражнений на пораженных конечностях на которых наложены аппликации, заметно усиливается эффект тейпов.



Рис. 1.

В Кыргызстане же метод кинезиотерапии с кинезиотейпированием внедрен относительно недавно и продолжает развиваться, занимая все большее предпочтение у специалистов для восстановления больных после церебрального инсульта (рис. 2), заболеваний периферической нервной системы, суставной патологии, патологии позвоночника и тд. Ведь по забо-

леваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения Кыргызстан лидирует среди стран СНГ. Заболеваемость инсультом на 1000 населения составляет 2,82%. [15]. Однако система по реабилитации больных в основном проводится в столице и близ лежащих районах и отстает в отдаленных сельских местностях. Далеко не все клиники имеют возможность обеспечить комплексный подход. Как правило, чаще всего во многих клиниках Кыргызстана не хватает специалистов, времени или специального оборудования. Мультидисциплинарный подход к восстановлению больных многие клиники предоставить не могут, ведь такой подход предполагает не только восстановление пострадавших функций организма, но и бытовую адаптацию и психологическую реабилитацию. То есть требуются специально обученные специалисты и оборудованные залы лечебной физической культуры.



Рис. 2.

Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного и ложится тяжелым социально - экономическим бременем на общество [8]. При правильной постановке диагноза и индивидуально подобранной программе реабилитации после перенесенного инсульта восстановление больных становится значительно эффективнее. Раньше считалось, что восстановительная терапия, помогающая пациенту как-то вернуться к жизни, должна начинаться не раньше, чем через 2-3 месяца после инсульта. Сейчас же доказано, что чем раньше начинается реабилитация, тем больше шансов к восстановлению. В первые же сутки должна начинаться мобилизация больного, которая также является профилактикой пролежней. При ста-

билизации пациента программа реабилитации расширяется, в чем врачу может помочь специальная аппаратура и квалифицированные специалисты-реабилитологи. С каждым пациентом работает целая команда врачей: специально обученные врачи реабилитологи, физиотерапевты, массажисты, нейропсихологи, логопеды-афазиологи, эрготерапевты, механотерапевты и тд. Каждый из врачей должен составлять индивидуальную программу реабилитации, по которой день за днем будет заниматься пациент, заставляя его возвращаться к полноценной жизни. Однако в Кыргызстане остро стоит проблема по подготовке кадров. Нет специалистов, готовых взяться за больных с ишемическим инсультом. Из-за чего многие пациенты вынуждены выезжать за границу в реабилитационные центры. Но не все пациенты могут себе позволить выехать на дорогостоящее лечение. Из-за чего многие больные остаются один на один с данной проблемой и соответственно растет уровень инвалидизации в Кыргызстане. Поэтому необходимо развивать и внедрять комплексную программу по реабилитации по всей стране, чтобы она была доступна каждому, кто столкнулся данной проблемой.

Литература:

- Garrison S., Rolak L. Rehabilitation of the stroke patient In: Rehabilitation medicine; principles and practice /Ed. by J.De Lisa, Lippincott Company, Philadelphia, 1993. P. 801-823.
- Борисенко В.В. Клиника и динамика двигательных расстройств у больных различных возрастных групп, перенесших ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии: Дисс. канд. мед. наук. - Москва, 1985. - 186 с.
- Гехт А.Б. Динамика клинических нейрофизиологических показателей у больного ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде: Автореф. дисс. д. мед. наук. - Москва, 1993.
- Гусев Е.И., Скворцова В.И., В.В. Крылов, «Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации». / Сборник материалов 80 сессии общего собрания РАМН, 2007.
- Иванова Г.Е. Комплексная дифференцированная физическая реабилитация больных с мозговым инсультом, дисс. д.мед.наук. - Москва, 2003. - 409 с.
- Bobath B. The very early treatment of cerebral palsy / Bobath B. // Develop. Med. Child. Neurol. - 1967. - Vol.9, № 4. - P. 373-390.
- Bobath B. Motor development in the different types of cerebral palsy / Bobath B., Bobath K. - London, 1975. - P.215.
- Watson, R.T. Heilman, K.M. Callosal Apraxia. Brain, 1983. P. 391-403.
- Лайшева О.А. Ремоделирование двигательного акта в реабилитации детей с детским церебральным параличом. / Дисс. д.мед.наук. - Москва, 2007. - 334 с.
- Касаткин М.С., Ачкасов Е.Е., Добровольский О.Б. Основы кинезиотейпирования. - Москва, 2015. - С. 7-22.
- Krayenbuhl H., Jasargil M. Klinik der Gefassmibbildungen und fisteln// Der Himkeislauf-Stuttgart, 1972.
- Farington Jill, Francesca Pezzella, Яковлев А., Ротарь О. Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане / Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017. - P. 37.
- Доценко В.И., Воронов А.В., Титаренко Н.Ю., Титаренко К.Е. Компьютерный видеоанализ движений в спортивной медицине и нейрореабилитации. / Медицинский алфавит, 2005. - С. 12-15.
- Парастаев С.А. Системный подход к коррекции нарушений функциональной системы движения. / Дисс. д.мед.наук. - Москва, 2003. - 301 с.
- Тургунбаев Д.Д., Артыкбаев А.Ш., Кадырова Н. Анализ верифицированности диагноза «инсульт» у лиц, умерших на дому. // Журнал «Ден соолук», 2014. - 8 с.