

Кокоев Н.А.,

Цехмистро Л.Н.

Белорусский государственный университет физической культуры
Республика Беларусь, Минск

**КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ
(НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ)**

Kokoev N.A.,

Tsekhmistro L.N.

Belarusian State University of Physical Culture
Republic of Belarus, Minsk

**KINESIOTAPING AS A MEANS OF REHABILITATION OF STROKE
PATIENTS (AT THE AMBULANT THERAPY STAGE)**

ABSTRACT. The article presents data on the effectiveness of kinesiotherapy at an early stage in the recovery of patients after stroke (at the outpatient rehabilitation stage). Rehabilitation in patients of the control group consisted of a standard program of a healthcare institution: therapeutic gymnastics, massage and physiotherapeutic procedures, advocacy work on the formation of a healthy lifestyle. The list of means of rehabilitation for patients of the experimental group was supplemented with kinesiotherapy.

KEYWORDS: rehabilitation; kinesiotherapy; stroke.

АННОТАЦИЯ. В статье представлены данные оценки эффективности кинезиотейпирования на раннем этапе восстановления пациентов после перенесших инсульт (на амбулаторном этапе реабилитации). Реабилитация у пациентов контрольной группы состояла из стандартной программы учреждения здравоохранения: лечебная гимнастика, массаж и физиотерапевтические процедуры, пропагандистская работа по формированию здорового образа жизни. Перечень средств реабилитации пациентам экспериментальной группы был дополнен кинезиотейпированием.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реабилитация; кинезиотейпирование; инсульт.

Введение

Сосудистые заболевания головного мозга, к которым в первую очередь относятся инсульт, становятся в последние годы одной из важнейших медико-социальных проблем, так как наносят огромный экономический ущерб обществу, являясь причиной длительной инвалидизации и смертности.

Ежегодно в Беларуси инсульт возникает более чем у 30 000 человек. Около 10 % из них возвращаются к обычной жизни без ярко выраженных последствий, около 60 % становятся инвалидами, 20–30 % пациентов умирают в течение года.

Инсульт (лат. *insultus* – наскок, нападение, удар) – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), которое характеризуется внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые

сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Выделяется две клинико-патогенетические формы инсульта:

1) **ишемический инсульт (инфаркт мозга)**, обусловленный острой фокальной церебральной ишемией, приводящей к инфаркту (зона ишемического некроза) головного мозга;

2) **геморрагический инсульт** (нетравматическое внутримозговое кровоизлияние), обусловленный разрывом интрацеребрального сосуда и проникновением крови в паренхиму мозга или разрывом артериальной аневризмы с субарахноидальным кровоизлиянием.

К ОНМК также относятся проходящие нарушения мозгового кровообращения, которые характеризуются внезапным возникновением очаговых неврологических симптомов, которые развиваются у больного с сердечно-сосудистым заболеванием (артериальная гипертензия, атеросклероз, фибрилляция предсердий, васкулит и др.), продолжаются несколько минут, реже часов, но не более 24 часов и заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций [1, 5].

Важным шагом на пути к снижению уровня инвалидизации среди больных, перенесших инсульт, является изучение эффективности тех или иных методов реабилитации, особенностей их применения, сочетания друг с другом и внедрение результатов исследования в практику деятельности различных специалистов, занимающихся реабилитацией постинсультных пациентов.

Кроме того, крайне необходим анализ современного состояния организации восстановительного лечения больных с данной патологией и, как следствие, ее последующее совершенствование [3].

На основе вышеизложенной информации мы сделали вывод, что инсульт – заболевание, характеризующееся высокой степенью инвалидизации пациентов, требующее особого внимания не только со стороны медикаментозного лечения, но и решения о выборе средств и методов реабилитации (восстановления) таких пациентов. Стоит отметить, что наилучшие результаты восстановления пациентов после инсульта дает комплексный подход к пациенту, включающий в себя не только медикаментозное лечение, средства и методы физической реабилитации, эрготерапии и физиотерапии, но и коррекции психоэмоционального статуса пациента.

Существуют множество программ реабилитации пациентов после инсульта, однако поиск новых путей восстановления никогда не прекращается.

В последние десятилетия в странах Азии, Европы и Америки широко используют кинезиотейпирование как средство реабилитации пациентов в ортопедической и неврологической практике. В странах СНГ это средство используется не так широко, поэтому мы решили использовать кинезиотейпирование в реабилитации пациентов после инсульта и оценить эффективность средства в данном случае.

Метод кинезиотейпирования, предложенный в 1973 г. японским врачом-мануальным терапевтом Кензо Касе, с использованием тейпов, разработанных по инновационным технологиям и изготовленных японским концерном Нитто Денко (Nitto Denko), является новым направлением в восстановительной медицине, которого на протяжении многих лет придерживаются врачи спортивной медицины и физиотерапевты всего мира.

Кинезиотейпы представляют собой эластичные ленты, изготовленные из высококачественного хлопка и покрытые гипоаллергенным клеящим гелем на акриловой основе, который активизируется при температуре тела.

Эластические свойства тейпов приближены к эластическим параметрам кожи. Хлопковая основа не препятствует дыханию кожи и испарению с ее поверхности. Эти свойства позволяют использовать тейпы в водных видах спорта, а также оставлять наклеенными на кожу до 5 суток. Особое признание и распространение метод получил после Олимпийских игр 1988 г. в Сеуле, где доказал свою высокую эффективность.

Клинические исследования показали, что в основе механизма действия кинезиотейпирования лежит создание благоприятных условий для саногенетических процессов, проявляющихся в нормализации микроциркуляции в соединительной ткани кожи и подкожной жировой клетчатке, уменьшении болевого синдрома, восстановлении функциональной активности мышц, оптимизации афферентной импульсации на сегментарном уровне. [4]

Цель работы – оценить эффективность кинезиотейпирования в сочетании со стандартной программой реабилитации на амбулаторном этапе реабилитации пациентов после инсульта.

Организация исследования

Экспериментальное исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Больница скорой медицинской помощи» в отделении медицинской реабилитации, 3 неврологическом отделении.

В педагогическом эксперименте участвовали 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин). Все пациенты перенесли геморагический инсульт, прошли курс реабилитации в УЗ «БСМП», продолжали восстановление в РКБМР «Аксаковщина». После этого были направлены в отделения мед. реабилитации (физиотерапии) на базе закрепленных поликлиник. Пациенты были отобраны по наличию определенного нарушения: у всех исследуемых был выраженный парез стопы (провисающая стопа, «конская стопа»). Пациентам было предложено продолжить реабилитацию на базе УЗ «БСМП».

Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 группы: контрольная группа – КГ и экспериментальная группа – ЭГ (по 5 мужчин и 5 женщин в каждой из групп). Возраст пациентов КГ – $63,6 \pm 3,97$, ЭГ – $63,2 \pm 4,4$.

Пациенты КГ и ЭГ проходили реабилитацию по стандартной программе учреждения, которая включала в себя механотерапию, лечебную гимнастику, физиотерапию и массаж. Пациентам ЭГ дополнительно к стандартной программе реабилитации применялось кинезиотейпирование.

Эксперимент длился 4 недели.

Процедура кинезиотейпирования проводилась 3 раза в неделю (понедельник, среда и пятница). Тейпы наносились на предварительно обработанную спиртом (другим спиртосодержащим антисептиком) кожу.

Материал и методы исследования

Для оценки результатов мы использовали тест «Спуск и подъем по лестнице». В начале педагогического эксперимента нами был проведен данный тест для оценки исходного состояния пациентов. К концу эксперимента мы провели ретест и сравнили динамику роста/снижения результатов тестирования.

Описание теста: пациент находится на лестничной площадке, обе стопы находятся на 1 ступени. По команде инструктора пациент начинает движение вниз по лестнице и спускается на один этаж, после этого без задержки на лестничной площадке разворачивается и возвращается на линию старта. Во время теста пациенту запрещается пользоваться перилами. Тест считается законченным, когда пациент

принимает исходное положение. Фиксируются результаты теста при помощи секундомера с точностью до 1/10 секунды.

Задачей педагогического эксперимента является оценка эффективности кинезиотейпирования пациентов с парезом стопы на поздних этапах восстановления после геморрагического инсульта, оценка целесообразности внедрения данного средства восстановления в программу реабилитации данной категории пациентов (пациентов после ОНМК).

Обсуждение и результаты

Для нанесения аппликаций использовался кинезиотейп EM-Fix Sport усиленной фиксации, 5 см х 5 м бежевого цвета. Для аппликации мы использовали:

2 I-cut-полосы длиной 25–40 и 7–10 сантиметров;

1 X-cut-полоса, длина терапевтической зоны 5–7 сантиметров.

Во время процедуры кинезиотейпирования пациенты находились в положении лежа на спине (рисунок 1). Сначала наносится X-cut-полоса, «якорь» крепится в нейтральном положении по диагонали к стороне «провисания». Терапевтическая зона тейпа наносится на тыльную и внешнюю часть стопы с натяжением 25–30 %. Края I-cut-полосы (длинной) крепились в нейтральном положении галеностопного сустава, после выполняли тыльное сгибание в галеностопном суставе, при фиксации концов тейпа руками. Тейп растягивался примерно на 40 % от изначальной длины. В конце мы наносили I-cut-полосу (короткую) перпендикулярно предыдущей ленте (наносится в нейтральном положении) [2].



Рисунок 1 – Поэтапное нанесение кинезиотейпа

Результаты (прирост результатов теста) исследований приведены в таблице.

Таблица – Результаты исследований

Контрольная группа		Экспериментальная группа	
№ п/п		№ п/п	
1	+20 %	1	+30 %
2	+15 %	2	+19 %
3	+25 %	3	+39 %
4	+22 %	4	+38 %
5	+25 %	5	+27 %
6	+40 %	6	+49 %
7	+36 %	7	+42 %
8	+19 %	8	+27 %
9	+30 %	9	+40 %
10	+25 %	10	+38 %
Хср.	+25,7 %	Хср.	+34,9 %

С помощью полученных результатов теста в начале и в конце эксперимента мы смогли вычислить прирост показателей для каждого пациента в КГ и ЭГ. В обеих группах результаты стали значительно выше, однако в ЭГ средние значения теста выше практически на 9,2 %.

Таким образом, мы сделали вывод, что применение кинезиотейпирования способствовало лучшему восстановлению пациентов в ЭГ.

Заключение

Применение стандартной программы реабилитации в сочетании с наложением кинезиотейпов дает лучший результат восстановления пациентов после инсульта. Кинезиотейп стабилизирует паретичную стопу, его воздействие мягко способствует восстановлению паттерна ходьбы.

Учитывая вышеизложенное, мы сделали вывод, что применение кинезиотейпирования в реабилитации пациентов после ОНМК эффективно и применение этого средства восстановления оправдано у данной категории пациентов оправдано.

1. Кандыба, Д. В. Клинические рекомендации. Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику / Д. В. Кандыба, О. Ю. Кузнецова. – Казань: Медицина, 2013. – 33 с.

2. Касаткин, М. С. Основы кинезиотейпирования: учеб. пособие / М. С. Касаткин, Е. Е. Ачкасов, О. Б. Добровольский. – М.: Спорт, 2015. – 76 с.

3. Ковальчук, В. В. Соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов после инсульта как фактор эффективной реабилитации / В. В. Ковальчук, Т. Н. Хайбуллин, Т. И. Миннуллин // Наука и здравоохранение. – 2015. – № 4.

4. Применение оригинального кинезиотейпирования при травмах и заболеваниях / В. Г. Крючок [и др.]. – Минск: МЗ, 2016.

5. Клиническая диагностика: справ. пособие для семейного врача / Г. П. Матвейков [и др.]; сост. и ред. Г. П. Матвейков, И. Ф. Сорока. – Минск: Беларусь, 1999. – 893 с.