

Основы нейрореабилитации. Последствие ОНМК.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ МЫШЕЧНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

- Повышение мышечного тонуса существенно влияет на процесс восстановления нарушенных функций.
Добиваться снижения мышечного тонуса необходимо в тех случаях, когда имеет место значительное нарушение двигательных функций, снижающее уровень жизнедеятельности больного, резкое затруднение поддержания позы, болевой синдром, связанный со спастичностью.

При этом надо помнить

- 1) что при выраженной степени пареза гипертонус разгибателей нижних конечностей может способствовать устойчивости в вертикальном положении, облегчать ходьбу, а снижение мышечного тонуса может привести к ухудшению двигательной функции;
- 2) при выраженном парезе конечности больные могут не ощутить улучшения двигательных функций после снижения спастичности;
- 3) у пациентов с выраженными когнитивными расстройствами нормализация мышечного тонуса за счет уменьшения спастичности не сопровождается расширением двигательного режима, но существенно облегчает уход за больным.

- Возможности лечения спастичности во многом определяются степенью пареза и сроками с момента заболевания. Чем меньше степень пареза, тем лечение эффективнее, улучшение двигательных функций значительнее. Более выраженный эффект наблюдается при раннем начале лечения, в период максимальной пластичности центральной нервной системы, до развития контрактур. При длительном сроке заболевания достижение существенного улучшения двигательных функций менее вероятно.
- В значительной части случаев возможности лечения спастичности ограничиваются уменьшением боли и дискомфорта, связанного с высоким мышечным тонусом, облегчением ухода за больным, устранением имеющегося косметического дефекта, вызванного спастичностью.

- Комплекс лечебных мероприятий по устранению спастичности включает:
- медикаментозные препараты,

- лечебные медикаментозные блокады,
- лечебную гимнастику,
- массаж, ортезирование,
- физиотерапевтические процедуры, иглорефлексотерапию, хирургические вмешательства.
- Выбор методов воздействия определяется строго индивидуально в зависимости от локализации и степени спастического паралича, а также поставленной цели лечения.

- Основными препаратами, используемыми для снижения мышечного тонуса, являются миорелаксанты. При этом они могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в составе общей реабилитационной программы. По механизму действия различают миорелаксанты центрального действия (влияют на синаптическую передачу возбуждения в центральной нервной системе) и периферического действия (угнетают прямую возбудимость поперечнополосатых мышц).
- При выборе антиспастических препаратов учитывают в основном их способность тормозить полисинаптические рефлексy (уменьшение спастики) при наименьшем влиянии на моносинаптические (сила мышцы) и лучшую переносимость.

К миорелаксантам центрального действия, которые применяются для лечения спастичности:

- баклофен,
- сирдалуд,
- мидокалм,
- диазепам,
- оксибутират натрия,
- скутамил-С.
- Антиспастические средства обычно не комбинируют, однако иногда для более существенного воздействия сочетают два препарата с различными механизмами действия.
- Таким образом, выбор препарата определяется основным заболеванием, выраженностью мышечной спастичности, а также побочными эффектами и особенностями действия конкретного препарата.

- Так, сирдалуд и баклофен в большей степени действуют на тонус мышц-разгибателей, поэтому в случаях наличия значительного гипертонуса мышц-сгибателей руки и легкой спастичности мышц ноги их прием не показан, поскольку легкое повышение тонуса мышц-разгибателей ноги компенсирует мышечную слабость в ноге и стабилизирует походку больного.
- В таком случае средством выбора являются методы физического воздействия на мышцы верхней конечности или локальное введение ботулотоксина.

- При лечении церебральной спастичности наиболее часто применяют сирдалуд, а при спинальной спастичности — **сирдалуд** и **баклофен**.
-

- Важным преимуществом перед другими миорелаксантами обладает **мидокалм**, который не оказывает седативного эффекта и имеет благоприятный спектр переносимости, поэтому является препаратом выбора для лечения в амбулаторных условиях и для лечения пожилых пациентов.

- Эффективность пероральных антиспастических препаратов снижается при их длительном использовании, часто возникает необходимость возрастающего повышения дозировок для поддержания начального клинического эффекта, что сопровождается увеличением частоты и тяжести побочных реакций.
- В связи с этим особое значение приобретают **альтернативные стратегии** лечения мышечной спастичности.
- В ситуации, когда спастичность носит локальный характер и системный эффект пероральных миорелаксантов нежелателен, предпочтительны **локальные методы воздействия**.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ БЛОКАДЫ

- Раньше для лечения спастичности большое внимание уделялось таким локальным технологиям, как спирт-новокаиновая и фенольная блокады.

- Спирт-новокаиновую смесь вводят в двигательные точки спастичных мышц:
- новокаин при этом избирательно выключает проводимость по тонким волокнам периферических нервов, к которым относятся и волокна γ -мотонейронов, а спирт оказывает локальное воздействие как гипертонический раствор и раствор, денатурирующий белковые вещества.
- Недостатками спирт-новокаиновых блокад являются болезненность процедуры и кратковременность эффекта расслабления мышц.

- Начиная с 1980-х годов с целью локального воздействия на спастичность мышц применяются местные инъекции ботулинового токсина типа А (БТА).
- БТА является самым сильнодействующим из семи серотипов нейротоксинов, продуцируемых грамположительной анаэробной бактерией Clostridium botulinum.
- Механизм действия ботулотоксина заключается в пресинаптической блокаде белков, обеспечивающих транспорт ацетилхолина в синаптическую щель, что приводит к блокаде синаптической передачи нервных импульсов.
- Хотя ботулотоксин наиболее активен по отношению к нервно-мышечным соединениям, он также блокирует выделение ацетилхолина и в окончаниях пре- и постганглионарных холинергических вегетативных волокон, воздействует и на рецепторы чувствительных волокон различной модальности.

- Использование ботулинического токсина показано при наличии мышцы с гиперактивностью, мышечных спазмов, боли, нарушений двигательных функций, связанных со спастичностью этой мышцы.
- Действие ботулотоксина начинается, как правило, через 7–14 дней. Максимально выраженная мышечная слабость развивается к концу первого месяца. Продолжительность эффекта вариабельна, в среднем он начинает ослабевать через 3–6 месяцев, что требует повторения инъекции 2–3 раза в год, иногда длительность эффекта сохраняется до 1 года и более.
- Ослабление эффекта связано с тем, что уже через 1–2 месяца после инъекции начинается процесс отрастания нервных терминалей от аксонов с образованием новых функционально активных нервно-мышечных синапсов (спрутинг), что приводит к восстановлению мышечных сокращений.



КИНЕЗОТЕРАПИЯ

- Кинезотерапии, или лечению движением, принадлежит ведущая роль в реабилитации больных со спастическим синдромом. В кинезотерапии для снижения спастичности применяют в основном ~~физические упражнения (лечебную гимнастику)~~ и поструральные упражнения (лечение положением).
- Лечебная гимнастика направлена на расслабление мышц, подавление патологических синкинезий, тренировку самостоятельных сидения, стояния и ходьбы и предотвращение развития контрактур и должна начинаться уже с первых дней заболевания.
- Для снижения повышенного мышечного тонуса используются как активные, так и пассивные упражнения. Пассивные движения совершают в одной плоскости, с оптимально подобранной скоростью движений: в начале занятия осуществляется только равномерное движение, в дальнейшем под контролем изменения спастичности можно ускорять или замедлять движения.

- Активные упражнения заключаются в напряжении мышц-антагонистов спастичных мышц.
- Так, при спастичности двуглавой мышцы плеча вызываются напряжения в трехглавой, при спастичности сгибателей пальцев кисти — в разгибателях.
- В исходном положении точки прикрепления спастичных мышц должны быть максимально сближены, а их антагонистов — максимально удалены.
- Очень важными антиспастическими упражнениями, которые позволяют больному научиться управлять состоянием спастичных мышц, являются упражнения с дозированным напряжением и расслаблением спастичных мышц.
- Начинают с напряжения минимальной интенсивности, в дальнейшем интенсивность напряжения меняют (то увеличивают, то уменьшают).

- Занятия лечебной гимнастикой проводятся 4–5 раз в день самостоятельно или с методистом. Учитывая, что в формировании спастичности большую роль играет экстрапирамидная система, целесообразно для повышения эффективности реабилитационных мероприятий ~~рекомендовать больным прием 1 таблетки накома per os за 1 час до занятий лечебной гимнастикой.~~
- Важным в лечении спастичности является предупреждение и устранение содружественных движений — синкинезий, которые мешают восстановлению функций спастичных мышц.
- Для устранения синкинезий используют приемы сознательного подавления мышечных импульсов в синкинетических группах мышц и ортопедическую фиксацию лонгетой и эластичными бинтами одного или двух суставов, в которых наиболее выражены содружественные движения.

- Лечение положением играет существенную роль в борьбе со спастичностью и направлено на предупреждение или устранение всех видов контрактур и патологических синкинезий.
- Лечение положением осуществляется путем придания конечности либо туловищу специальных корригирующих установок при помощи лонгет, шин, фиксирующих повязок, которые закрепляют конечность в положении, в котором спастичные мышцы находятся в растянутом состоянии (например, разгибательная шина для пальцев кисти и предплечья).
- Лечение положением осуществляется от одного до нескольких часов в день, в зависимости от субъективных ощущений больного и состояния мышечного тонуса. При появлении болей и усилении спастичности процедуру прекращают.

Метод фиксированного растяжения.



- Конечность приводят в физиологическое положение и фиксируют при помощи вспомогательных средств или специализированных устройств. Ими могут быть шины, лангеты, ортезы.
- Или при помощи специализированных аппаратов, которые удерживают конечность в нужном положении в течение какого-то времени. В фиксированном растяжении есть один недостаток – при длительной статичной фиксации в одном положении нарушается трофика мышц, что может через какое-то время приводить опять к дисбалансу мышечного тонуса и образованию контрактуры. Поэтому, фиксация не должна быть длительной.
- Не более 2-х часов в день. Предпочтительна аппаратная фиксация, которая в процессе сеанса может периодически, по заданной программе, расслаблять мышцы и опять выходить в фиксацию, наращивания объем движений.

МАССАЖ

- Лечебную гимнастику сочетают с массажем. Воздействие на спастичные и локально-спазмированные мышцы осуществляется с помощью общих расслабляющих приемов классического массажа (поглаживания, потряхивания, неглубокого разминания), выполняемых в медленном темпе с обязательными паузами между приемами (грубые болезненные приемы вызывают повышение тонуса).
- При этом массаж проводится избирательно для отдельных групп мышц: спастичные агонисты массируют мягко (в основном плоскостное поверхностное поглаживание в медленном темпе), растянутые их антагонисты — более энергично (плоскостное поглаживание, негрубое растирание и разминание в более быстром темпе).

- Для снижения спастичности мышц также используют точечный массаж: пальцевому воздействию (давлению, растиранию, вибрации, вращению) при этом подвергаются локальные участки биологически активных точек.
- Набор точек определяется их функциональным назначением и конкретной терапевтической задачей. Массаж проводится в двух вариантах: на спастичные мышцы воздействуют по тормозной методике, на их антагонисты — по стимулирующей.
- В первом случае давление пальцем на избранную точку осуществляют с постепенным увеличением интенсивности и задержкой его на оптимальной глубине, затем постепенно давление снижают и прекращают, время воздействия при этом постепенно нарастает от 0,5 до 1,5–2 мин. Во втором случае воздействие осуществляют сильными, короткими и быстрыми раздражениями, последовательно наносимыми в конкретные точки.
- Массаж следует проводить после тепловых процедур и физиолечения.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

- Одним из эффективных направлений в реабилитации больных со спастичностью является ~~раннее применение~~ физических методов лечения.

- **Электростимуляция.** Учитывая, что при спастичности мышцы-антагонисты спастичных мышц находятся в состоянии релаксации и повышение тонуса мышц-антагонистов способствует выравниванию реципрокных соотношений (торможение преобладающего полисинаптического рефлекса путем активации полинейрональных связей рефлекса-антагониста), установлению пластичности тонуса и общему снижению возбудимости в ЦНС, применение электростимуляции оправдано и показано.

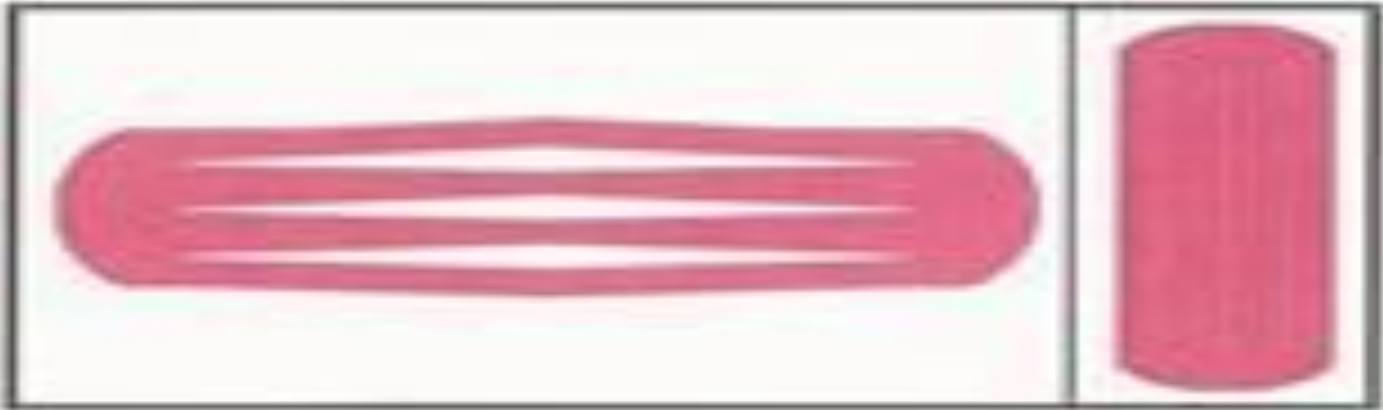
- **Биоэлектрическая стимуляция (БЭС)** — метод, позволяющий вызывать моторные реакции скелетных мышц в последовательности, характерной для нормального двигательного акта.

- При БЭС на двигательные точки мышц пациента, подлежащие стимуляции, через систему датчиков подают управляющую программу, в основе которой заложен комплекс биоэлектрической активности мышц здорового человека.
- Регулируя силу и ритм мышечного сокращения донора, можно управлять активностью сокращений стимулируемых мышц больного. БЭС спастических парезов проводится отдельными сигналами длительностью 0,2–0,5 мс и потоком импульсов продолжительностью 0,7–1 с. БЭС подвергается максимальное количество мышц.

Кинезиотейпирование

- С целью совершенствования классического метода тейпирования, американский доктор Кензо Касе (Kenzo Kase), хиропрактик, специалист с более чем 50-летним опытом работы в различных областях медицины, в 1973 году разработал новый метод, который назвал кинезиотейпинг (Kinesio® Taping).
- Термин «кинезиотейпирование» образован из двух слов – «kinezio» (движение) и «tape» (лента). В русском языке за этим методом закрепились следующие термины: «кинезиологическое тейпирование», «кинезиотейпирование», «функциональное тейпирование». Эластичные пластыри для этого метода называют, как правило, «кинезиотейпами», «кинесиотейпами», «физиотейпами».
- Метод заключается в наклеивании специального эластичного пластыря на кожу и оказании специфического воздействия на мышечную, сосудистую, нервную и соединительную ткань. Обращает на себя внимание структура волокон тейпов, которая пропускает воздух, обеспечивая “дыхание” кожи, способствует отводу воды/пота от тейпа, обеспечивая его быстрое высыхание после тренировки,

- Многочисленные исследования показали, что действие кинезиотейпирования наиболее выражено в течение первых 5 дней применения, после чего эффект плавно снижается.
- Самый выраженный эффект – обезболивающий и противовоспалительный. Уже через несколько минут после правильного наклеивания тейпа больной чувствует уменьшение боли и увеличение объема движений.
- В отличие от классического жесткого тейпинга и эластичных бинтов, которые призваны обеспечить полную фиксацию, кинезиотейпирование позволяет сохранить и даже увеличить подвижность поврежденного двигательного сегмента. Происходит это за счет того, что эластичная лента берет на себя часть нагрузки сухожилий и мышц, а также приподнимает кожу и улучшает гемоперфузию и лимфоток под ней.



- Суть методики состоит в том, что на место повреждения (заболевания) особым способом наклеивается эластичный тейп, длиной от нескольких до десятков сантиметров нарезанный специальным образом - I, Y, X, веером и так далее, в зависимости от применяемой техники тейпирования.
- Вырезанная полоска условно делится на рабочую зону и «якоря» или «базы» расположенные по краям вырезанной полоски. И если рабочая зона может быть наклеена в растянутом или не растянутом виде, то «якоря» ВСЕГДА клеятся в нерастянутом виде, для оптимальной фиксации тейпа. Также при вырезании всегда закругляются углы полосок, во избежание отклеивания за счет трения одежды (угол зацепить легче, чем полукруг).



Как же тейпирование применяется в реабилитации после инсульта?

- **Воздействие на мышечный тонус**
- Дисбаланс мышечного тонуса после инсульта очень часто может приводить к значительному ограничению движения в суставах верхней и нижней конечностей. За счет тейпов мышцы, находящиеся в тонусе можно расслабить, а растянутые мышцы – простимулировать, укрепить. Тем самым устраняя мышечный дисбаланс и уменьшая спастичность.

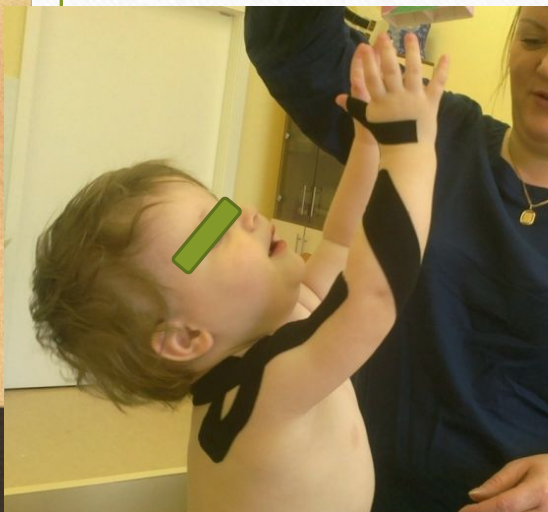




Длительное пролонгированное воздействие

- Тейпы носятся 24 часа, на протяжении 3-5 дней. Это очень важно, так как зачастую больной после инсульта не занимается постоянно реабилитацией, ленится, не хочет, капризничают и т. д. Тейпы накладываются один раз и оказывают лечебный эффект на протяжении всего времени их ношения.
- Методика кинезиотейпирования – очень эффективна в реабилитации после инсульта. Она создает разнообразие двигательной нагрузки, увеличивает продолжительность и интенсивность воздействия на мышцы. А, как я уже неоднократно говорил, разнообразие и усиление нагрузки – главный путь к более полному восстановлению после инсульта.

Терапевтического кинезиотейпирования мышц верхней конечности



Пациент К., 1 год Диагноз: парез Дюшенна-Эрба справа

ЭНМГ верхних конечностей до и после

Амплитуда М-ответа 3,37 мВ. Терминальная латентность 2,45 мс при расстоянии стимуляция-отведение 135 мм. СРВ=55,1м/сек

4. СРВ моторная
2к: пр. Biceps brachii, Musculocutaneus, C5 C6
 Амплитуда М-ответа 1,2 мВ-35,6% от нормы. Терминальная латентность 3,15 мс при расстоянии стимуляция-отведение 140 мм. СРВ=44,4м/сек-снижена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ЭМГ - признаки переднероговой активности на уровне C5-T1 сегментов с.м. Частичное нарушение проведения импульса по волокнам нервов правой руки (нервов плечевого сплетения) : срединному-20,2% от нормы; кожно-мышечному-35,6% от нормы; подмышечному-21,1% от нормы. Данные за плексопатию справа (миелополирадикулонейропатию, преимущественно по аксональному типу).
 врач: Язькова О.Б.

Амплитуда М-ответа 1,91 мс (норма 1,75 мс). Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 53,8 м/с- Норма.

5. СРВ моторная
2к: лев. Abductor pollicis brevis, Medianus, c6-t1
 Амплитуда М-ответа при стимуляции в дистальной точке 3,73 мВ- норма. Резидуальная латентность 1,17 мс (норма 1,75 мс). Скорость на отрезке запястье-локтевой сгиб 51,2 м/с. Норма.

3. СРВ моторная
2к: пр. Biceps brachii, Musculocutaneus, C5 C6
 Амплитуда М-ответа 1,65 мВ-68,5% от нормы слева. Терминальная латентность 3,6 мс при расстоянии стимуляция-отведение 140 мм. СРВ=38,9 м/сек-снижена.

6. СРВ моторная
2к: лев. Biceps brachii, Musculocutaneus, C5 C6
 Амплитуда М-ответа 2,41 мВ. Терминальная латентность 3 мс при расстоянии стимуляция-отведение 155 мм. СРВ=51,7 м/сек-норма.

4. СРВ моторная
2к: пр. Deltoides, Axillaris, C5 C6
 Амплитуда М-ответа 3,65 мВ-44% от нормы слева. Терминальная латентность 1,75 мс при расстоянии стимуляция-отведение 90 мм. СРВ= 51,4 м/сек-относительная норма.

7. СРВ моторная
2к: лев. Deltoides, Axillaris, C5 C6
 Амплитуда М-ответа 8,32 мВ- норма . Терминальная латентность 2,2 мс при расстоянии стимуляция-отведение 120 мм. СРВ=54,5 м/сек. Норма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Сохраняются признаки патологической активности на уровне C5-T1 сегментов с.м. справа. Сохраняется частичное нарушение проведения импульса по волокнам правого плечевого сплетения, улучшение в сравнении с данными ЭМГ от 01.2014г. (в процентном соотношении амплитуд М-ответа слева и справа см. в протоколе).

врач: Язькова О.Б.

Кинезиотейпирование детей с последствиями травм



Пациент Д., 5 лет Диагноз: посттравматическая разгибательная контрактура (состояние после оперативного лечения открытых оскольчатых переломов бедренной и большеберцовой костей слева)

Лечение:

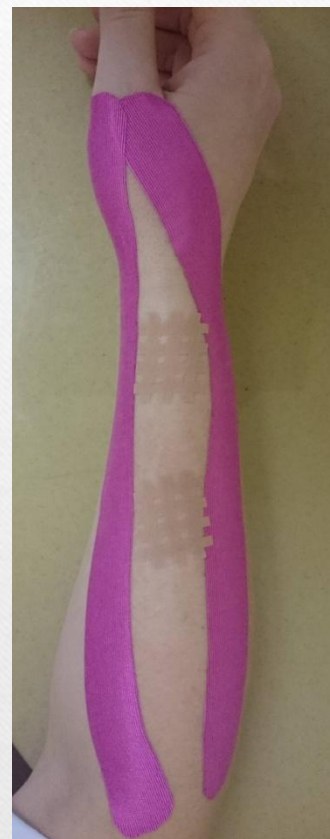
- ❑ Физиотерапия (теплolечение, «хивамат» терапия, СМТ, хромотерапия, ГБО, ИРТ, высокоинтенсивная магнитная стимуляция на высоких частотах);
- ❑ ЛФК для укрепления мышц и связок, механотерапия;
- ❑ Ортезирование (костыли);
- ❑ **Кинезиотейпирование**

Терапевтического кинезиотейпирования мышц верхней конечности



1-3 сутки

Пациент Г., 21 год



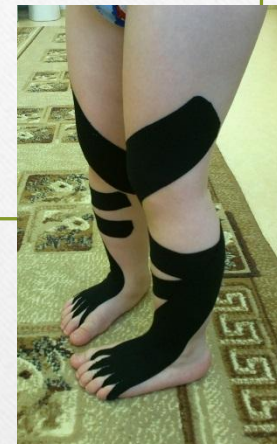
3-7 сутки



Диагноз: Контрактура Де Кервена

ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ НЕ ПРОВОДИЛОСЬ

Кинезиотейпирование детей с функциональными нарушениями



Пациент М., 6 лет

Диагноз: Дорсопатия шейного отдела позвоночника
посттравматического генеза. Нейрогенное переднее приведение
стоп в ходьбе

Пациент С., 3 года
Диагноз: Дорсопатия шейного отдела позвоночника
посттравматического генеза. Нейрогенное переднее
приведение стоп в ходьбе

Лечение:

- ❑ Физиотерапия (теплolечение, массаж, эл/форез, высокоинтенсивная магнитная стимуляция на низких частотах (для снятия патологической спастичности));
- ❑ Ортезирование (воротники Шанца, пронаторы, ортопедическая обувь с отведённой колодкой);
- ❑ ЛФК, БОС терапия, механотерапия;
- ❑ Нейропротективная и нейротрофическая терапия, сосудистая терапия ;
- ❑ **Кинезиотейпирование**

Кинезиотейпирования мышц шеи и туловища



Пациент Т., 14 лет

Диагноз: диспластический правосторонний сколиоз II ст.

Лечение:

- ❑ Физиотерапия (теплolечение, массаж, СМТ, магнито-лазер, ГБО, ИРТ, НМС);
- ❑ ЛФК, сухое вытяжение;
- ❑ Ортезирование (воротники Шанца, корректоры осанки, корсеты);
- ❑ **Кинезиотейпирование**

Пациент А., 12 лет

Диагноз: Дорсопатия шейного отдела позвоночника с нарушением осанки по типу кифотической.

- При электролечении повышенного мышечного тонуса первоначально воздействуют на проксимальные мышцы, затем на дистальные мышцы.
- При гипертонусе может быть широко использован метод лекарственного электрофореза:
 - расслабляющее действие на мышечную спастичность оказывает электрофорез холинолитиков и релаксантов (атропина сульфат, диазепам, оксибутират натрия, фенибут и др.).
 - Также применяют избирательную фармакологическую коррекцию, сущность которой заключается в том, что в напряженные мышцы, в область биологически активных точек, с отрицательного полюса вводится вещество-релаксант, а в ослабленные мышцы (антагонисты) с положительного полюса — вещество-стимулятор. Применяют ток силой 0,3 мА.

- При лечении мышечной спастичности применяют и **ультразвук**.
- Процедуры назначают паравертебрально (в случае повреждения спинного мозга) в области поражения (в дозе 0,2 Вт/см по 3–4 мин) и местно по ходу мышц с повышенным тонусом (в дозе 0,5–0,8 Вт/см по 4–6 мин).
- Из других физических аппаратных средств, способных воздействовать на спастические мышцы, применяют вибрацию и температурные факторы.
- Вибростимуляция, активизируя мотонейроны тех мышц, к которым приложен стимул, одновременно тормозит разряды мотонейронов мышц-антагонистов.

- **Метод гипотермии.** В последние годы считается, что гипотермия во многих случаях более эффективна, чем тепловые процедуры. Антиспастический эффект гипотермии, вероятно, обусловлен изменением под влиянием холода возбудимости гамма-нейронов, связанных с рецепторами кожи, а также уменьшением сокращения мышечных веретен, чувствительных к низкой температуре. В качестве источника холода могут быть использованы лед, холодная вода, испаряющиеся жидкости. Гипотермия проводится несколькими способами:

- 1) на спастичные мышцы накладывают целлофановый пакет с мелкораздробленным льдом, время экспозиции — 5–10 мин, курс лечения включает 15–20 процедур;
- 2) спастичные конечности предварительно согревают компрессами или ванночками с водой температурой 37–38 °С в течение 5–10 мин, затем их погружают в ванночку, наполненную водой температурой 0–2 °С и измельченным льдом на 20–30 секунд 5–10 раз с интервалом 30 с;
- 3) охлаждение можно осуществлять с помощью специальных охлаждающих устройств (ультратермостат УТ-15, «Криопласт», «Гипотерм» и т.д.);

- Воздействие теплом на спастичные мышцы осуществляют с помощью аппликаций парафина или озокерита.
-
- Применяют салфетно-аппликационный или кюветно-аппликационный способы. Температура — 50–55 °С, экспозиция — 15–20 мин, курс лечения включает 20–30 процедур. Гипертермию спастичных мышц можно проводить электробинтами с регулируемым подогревом. В этих же целях может быть использован ультратермостат, работающий в режиме нагрева воды до температуры 50–55 °С.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Неотъемлемой частью лечения больных с синдромом спастичности является психотерапевтическая реабилитация. Целью психотерапии данного контингента больных является уменьшение мышечного тонуса путем использования психологических воздействий.
- Задачи психотерапии: 1) снижение мышечного тонуса опосредованно, через воздействие на психику (применение суггестивных методов (внушения), методов телесно-ориентированной психотерапии); 2) активизация роли больного в процессе лечения; 3) уменьшение выраженности или полное устранение возникших психопатологических нарушений (тревоги, страха, депрессии).
- Лечение мышечной спастичности — сложный и длительный процесс, который требует комплексного и этапного подхода. Начатое в острый период заболевания лечение необходимо продолжать в условиях поликлиники или реабилитационного отделения, а затем в санаторно-курортных условиях.