

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**  
**Министерство здравоохранения Забайкальского края**

---

**Государственное учреждение здравоохранения**  
**КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА**

672038, г.Чита, ул. Куханского, д. 7

тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95

E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

---

от 11.10.2022 г. №1013 - 0

И.о.главного врача \_\_\_\_\_



Утверждаю

В.В.Коренев

**Информационное письмо**

**Постинсультная спастичность.**  
**Решение проблемы.**

*Врач реабилитолог, ЛФК – Мурзина В.В.*  
*Зав.отделением ОНМК Давлетшина О.В*

Существует несколько определений спастичности. Наиболее признанной является дефиниция, предложенная Lance J.W.: «Спастичность — двигательное нарушение, возникающее вследствие повреждения супраспинальных или краниально расположенных спинальных нейронов и характеризующееся повышением тонуса мышц вместе с усилением сухожильных рефлексов».

В целом ряде экспериментальных исследований наглядно демонстрируется, что изолированное поражение пирамидного тракта не вызывает спастичности, а приводит лишь к парезу в дистальных отделах конечностей, в то время как спастичность связывают с нарушением целого ряда нейрофизиологических механизмов, среди которых решающая роль отводится нарушению дифференцированной регуляции  $\alpha$ - и  $\gamma$ -мотонейронов, гипервозбудимости спинальных  $\alpha$ -мотонейронов, уменьшению активности некоторых ингибиторных механизмов. В работах как европейских исследователей, так и отечественных авторов указывается, что повышение мышечного тонуса является следствием гиперактивности не пирамидных волокон, а волокон кортико-рубро-спинальных, кортико-ретикуло-спинальных и кортико-вестибуло-спинальных трактов, именно они и являются основным так называемым «регулятором» тонуса антигравитационных мышц. Это и является указанием на комбинированное поражение пирамидных и экстрапирамидных структур отделов головного мозга.

Спастичность, как правило, нарастает на протяжении нескольких недель и даже месяцев после мозговой катастрофы и крайне редко спонтанно регрессирует. Зачастую в подобных ситуациях спастичность заметно ухудшает двигательные функции, способствуя формированию контрактуры и развитию деформации конечности, к тому же нередко на этом фоне возникают неконтролируемые болезненные сокращения мышц.

Если постинсультный парез сохраняется в течение длительного времени (несколько месяцев и более), то могут возникнуть структурные изменения сегментарного аппарата спинного мозга (укорочение дендритов альфа-мотонейронов и коллатеральный спрутинг афферентных волокон, входящих в состав задних корешков), которые способствуют прогрессированию спастичности. Также развиваются вторичные изменения в паретичных мышцах, сухожилиях и суставах, которые усиливают двигательные расстройства и сопротивление, возникающее в мышце при ее растяжении, что необходимо учитывать при оценке мышечного тонуса в паретичных или парализованных конечностях.

Модифицированная шкала спастичности Ashworth предусматривает шестибальную оценку спастического синдрома, где:

- 0 баллов – нет повышения тонуса;
- 1 балл – легкое повышение тонуса, ощущаемое при сгибании или разгибании сегмента конечности в виде незначительного сопротивления в конце движения;
- 2 балла – незначительное повышение тонуса в виде сопротивления, возникающего после выполнения не менее половины объема движения;
- 3 балла – умеренное повышение тонуса, выявляющееся в течение всего движения, но не затрудняющее выполнение пассивных движений;
- 4 балла – значительное повышение тонуса, затрудняющее выполнение пассивных движений;
- 5 баллов – пораженный сегмент конечности фиксирован в положении сгибания или разгибания.

Лечение постинсультной спастичности направлено на улучшение функциональных возможностей паретичных конечностей, ходьбы, самообслуживания больных. К сожалению, в части случаев возможности лечения спастичности ограничиваются только уменьшением боли и дискомфорта, связанного с высоким мышечным тонусом, облегчением ухода за парализованным пациентом или устранением имеющегося косметического дефекта, вызванного высоким мышечным тонусом.

Лечебная гимнастика – наиболее эффективное направление ведения больного с постинсультным спастическим парезом, она направлена на тренировку движений в паретичных конечностях и предотвращение контрактур. Методика лечебной гимнастики строится с учетом клинических данных и сроков, прошедших после инсульта. Упражнения назначают со 2-5-го дня с начала заболевания, после исчезновения явлений коматозного состояния. В первые дни после инсульта применяют пассивные движения и лечение положением.

Лечение положением — это комплекс мероприятий, направленных на обеспечение правильной укладки пациента в кровати, когда потенциально склонные к повышению тонуса мышцы находятся по возможности в расслабленном положении, а точки прикрепления мышц-антагонистов — в максимально приближенном положении; при этом укладка и фиксация конечностей должны быть непродолжительными.

Позиционирование верхней конечности: разгибание руки в суставах и отведение от туловища под углом до 30–40° с постепенным перемещением ее до 90°, плечо ротировано наружу, предплечье супинировано, пальцы выпрямлены.

При позиционировании нижней конечности возможно придание ей слегка согнутого положения в коленном суставе. При укладке разогнутой в коленном суставе ноги под данный сустав подкладывают невысокий валик, стопа не должна ни во что упираться.

Длительность лечения положением зависит от ощущений пациента. При появлении жалоб на дискомфорт и/или боль положение конечностей пациента необходимо менять.

Фиксация конечностей может приводить к существенному снижению мышечного тонуса, в подобных случаях после проведения фиксации осуществляют пассивные движения, постепенно доводя их амплитуду до пределов физиологической подвижности в суставах.

Противопоказанием служит тяжелое общее состояние с нарушением деятельности сердца и дыхания.

В качестве методов физиотерапии используется тепловое воздействие на спастичные мышцы, а также электрическая стимуляция определенных мышечных групп.

У больных, перенесших инсульт и имеющих локальную спастичность в паретичных мышцах, можно использовать **ботулинический токсин типа А**. Действие ботулотоксина при внутримышечном введении вызвано блокированием нервно-мышечной передачи, обусловленным подавлением высвобождения нейромедиатора ацетилхолина в синаптическую щель.

Применяемые внутрь антиспастические средства (миорелаксанты), уменьшая мышечный тонус, могут улучшить двигательные функции, облегчить уход за обездвиженным пациентом, снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие лечебной физкультуры и вследствие этого предупредить развитие контрактур. При легкой степени спастичности применение миорелаксантов может привести к значительному положительному эффекту, однако при выраженной спастичности могут потребоваться большие дозы миорелаксантов, применение которых часто вызывает нежелательные побочные эффекты.

Нейрохирургические методы лечения спастичности включают операции на головном мозге (стереотактические), спинномозговых корешках (селективная ризотомия), периферических нервах (нейротомия), но широкого применения из-за высоких рисков развития осложнений (расстройства чувствительности, появление болей, парестезий, нарушения функции внутренних органов) данные методы не нашли.

В завершение следует обратить внимание на необходимость безотлагательного принятия мер по профилактике спастичности у перенесших инсульт больных; адекватной, актуальной и своевременной

противоспастической терапии, что в будущем позволит значительно повысить качество жизни пациентов. В лечении обязателен комплексный подход, строгая этапность и контроль квалифицированными специалистами.

Важнейшей задачей лечения спастичности является как можно более ранняя активация больного. Для этого требуется улучшать функциональные возможности, купировать болевые приступы и мышечные спазмы, а также способствовать облегчению проведения физиотерапии и уходу за маломобильным больным.