

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАЦИНЕТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭРГОТЕРАПИИ

*А.А. Кокорышкина, студентка 3 курса Владивостокского
Государственного Университета*

*Научный руководитель: Ю.И.Гайнуллина,
д.м.н., профессор*

Аннотация: статья раскрывает значимость включения сеансов эрготерапии в реабилитации пациентов, перенесших инсульт, в состоянии гипокинезии в раннем восстановительном периоде.

Сосудистые поражения нервной системы представляют одну из самых значимых проблем в клинической неврологии. Они могут привести к различным типам инсультов, таким как ишемический инсульт, геморрагический инсульт или транзиторная ишемическая атака. Эти состояния могут вызывать острое нарушение кровоснабжения головного мозга, что приводит к тяжелым последствиям, таким как паралич, речевые и когнитивные нарушения, афазии и другие проблемы, которые серьезно влияют на качество жизни пациента.

В современной России среди причин смертности на втором месте после инфаркта миокарда стоит инсульт головного мозга. Ежегодно 450000 человек переносят инсульт, фактически это население большого города. По данным Всероссийского центра профилактической медицины, в нашей стране от цереброваскулярных заболеваний умирает 25% мужчин и 39% женщин в год.

Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10000 населения. Уровень инвалидизации через год после перенесенного инсульта колеблется от 76 до 85%, к трудовой деятельности возвращаются не более 10-12% постинсультных пациентов, а 25-30% до конца жизни являются глубокими инвалидами.

По данным Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в специальном уходе, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% могут вернуться к прежней полноценной жизни. Основные виды нарушений после перенесенного инсульта: двигательные, когнитивные, речевые, эмоционально-волевые, зрительные, чувствительные, нарушение навыков самообслуживания. Самообслуживание включает способность самостоятельно одеваться, принимать пищу, соблюдать личную гигиену, осуществлять самостоятельные передвижения (с опорой на палку, без палки, на коляске) в пределах помещения и/или на улице, самостоятельно садиться и вставать. Возможность выполнять сложные бытовые навыки может заключаться в помощи по приготовлению пищи и уборке помещения, посещении магазинов, работе на дачном участке, вождении автомобиля и т.д.

Наиболее важным является ранний восстановительный период (первые 6 месяцев) с момента инсульта. Основными задачами периода является активация деятельности синапсов, включая зону ишемической полутени, улучшением метаболизма нейронов, а также снижение спастичности, совершенствование движений, тренировка устойчивости вертикальной позы.

Цель реабилитации пациента после перенесенного инсульта с помощью эрготерапии – сведение к минимуму возникших функциональных осложнений, улучшение моторики и стимулирование мобильности, повышение навыков самообслуживания, способности к самостоятельному обеспечению привычного образа жизни, увеличении уверенности в выполнении определенных задач.

Состояние гипокинезии после перенесенного инсульта осложняют жизнь не только самому пациенту, но и его родным.

Эрготерапия (лат. *ergon* – труд, греч. *therapeia* – лечение) – применение целенаправленной, бытовой деятельности для улучшения двигательной активности, включение когнитивных и психоэмоциональных способностей.

Эрготерапия носит междисциплинарный характер, входит в систему работы врачей ЛФК, психологов, физиотерапевтов, логопедов, социологов и других специалистов, чтобы максимально

восстановить способность пациента к самообслуживанию в быту (личная гигиена, продуктивная деятельность, досуг).

Тесно взаимодействуя с пациентом и его семьей, эрготерапевты стремятся более глубоко понять их потребности, интересы и цели, это позволяет разработать реабилитационную программу, учитывающую конкретные аспекты жизни связанных с адаптацией к новым условиям и освоением необходимых, в повседневной жизни, навыков.

В курс реабилитации пациентов после перенесенного инсульта в состоянии гипокинезии в раннем восстановительном периоде предполагается использовать две основные стратегии – развивающую и компенсаторную. Обе стратегии планируется реализовывать, используя программы эрготерапии. Развивающая стратегия направлена на восстановление нарушенных функций путем тренировки и улучшения работоспособности пораженных участков организма, она включает физические упражнения направленные на развитие подвижности суставов, повышение концентрации внимания пациента, включение в работу мелких групп мышц, формирование двигательного поведенческого стереотипа самообслуживания. Компенсаторная стратегия заключается в замещении утраченных функций через различные компенсаторные методы, такие как: использование приспособлений, адаптацию окружающей среды, обучение пациента новым способам выполнения задач и использование альтернативных стратегий для компенсации утраченных возможностей. Стратегии планируется применять в сочетании, в зависимости от потребностей и возможностей пациента, для достижения наилучших результатов в процессе восстановления. Курс эрготерапии предполагается проходить в специально подготовленном пространстве – кабинете эрготерапии, который включает разнообразные приспособления: вертикальный и горизонтальный бытовые стенды, трапеции, балканские рамы, кухонные принадлежности и другие специальные приспособления. На первых этапах реабилитации пациент освоит навыки личной гигиены: причёсывание, умывание и умение одеваться. По мере улучшения общего состояния и двигательной функции пациента, специалисты помогут восстановить более сложные задачи: приготовление пищи, бытовые и трудовые навыки необходимые для самостоятельного функционирования в

повседневной жизни. На заключительном этапе реабилитации пациенту предстоит освоить вспомогательные средства передвижения. Это могут быть трости, ходунки, костыли, инвалидные коляски и другие ортопедические изделия. Задача специалистов обучить пациента грамотному использованию оборудования, правильной и безопасной техники передвижения, достичь максимально возможной мобильности и самостоятельности в повседневной жизни.

Обязательным условием эффективной эрготерапии является постановка пациенту краткосрочных и долгосрочных целей. Они должны быть конкретными и достижимыми. Понятный и достижимый план реализации четко поставленных целей служит мотивацией для пациента и способствует вовлечению в процесс реабилитации. Осмысленно выполняя действия, направленные на достижение бытовых целей пациент имеет возможность восстановить чувство независимости, активизировать утраченные функциональные навыки.

Фиксирование прогресса является важным моментом в достижении оптимальных результатов в процессе эрготерапии, поскольку является мощной мотивацией для пациента и стимулирует его продолжать работу над собой.

Дозирование тренировок определяется исходя из общего состояния пациента, локализации поражения, объема функциональных нарушений, стадии реабилитации и характера утраченных навыков. В зависимости от этих факторов специалисты определяют оптимальную интенсивность, продолжительность и частоту тренировок. Это помогает достичь пациенту наибольших результатов, минимизировать возможные риски и осложнения.

Оценка эффективности восстановления и прогресса пациента в процессе реабилитации осуществляется по международной шкале инвалидности (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF), рейтинговой шкале Бартела (Barthel Index), модифицированную шкале Ранкина (Modified Rankin Scale) и других.

Статистические данные по реабилитации пациентов после перенесенного инсульта в состоянии гипокинезии доказывают эффективность метода эрготерапии.

Курс эрготерапии проходили пациенты в состоянии гипокинезии после перенесенного инсульта. В настоящую работу вошли результаты наблюдения за пациентами, проходившими курс реабилитационного лечения в течении шести месяцев. [2]

Общее количество пациентов, прошедших курс эрготерапии составило 41 человек, среди которых мужчин было 25, женщин 16. Средний возраст среди женщин составлял - 62,1, у мужчин – 59,3 (приложение, табл. 1).

Было установлено, что у пациентов с нарушением функции конечности после инсульта, включение Эрготерапии в комплекс лечения снижает болевой синдром в пораженной конечности на 35,1%. Согласно оценки шкалы FIM (приложение, табл. 2) пациенты после эрготерапии, стали более независимы и самостоятельны от окружающих. Тем самым у пациентов улучшалась активность в повседневной жизни на 11,4 %. Пациенты стали лучше одеваться, принимать ванну. Применение эрготерапии доказало эффективность в реабилитации пациентов, перенесших инсульт, что позволило увеличить объем двигательных движений в паретической конечности в 2 раза.

Еще одно исследование было проведено китайскими учеными. Целью исследования было определить, на сколько ускоряет и делает более эффективным процесс реабилитации пациентов после инсульта, если в курс восстановления включена эрготерапия. Пациенты были набраны в соответствии с критериями включения и критериями исключения, а затем разделены на экспериментальную группу ($n= 80$) и контрольную группу ($n= 80$) по медицинскому округу. Контрольная группа получила стандартное вмешательство по физической реабилитации. В экспериментальной группе была принята программа физической реабилитации, основанная на способности к самообслуживанию под руководством медсестер, специализирующихся на реабилитации после инсульта, для выполнения многосуставных скоординированных упражнений на основе контрольной группы. Время и частота тренировок были одинаковыми в обеих группах (45 минут на сеанс, одно занятие в день в течение трех месяцев подряд). Первичным результатом было уменьшение спастики и контрактуры конечностей. Вторичными результатами были показатели шкал: модифицированный индекс Бартеля (МВИ) и шкала качества жизни, спе-

цифичная для инсульта (SS-QOL). Первичные и вторичные результаты оценивались до вмешательства, а также через 1 и 3 месяца после вмешательства. Исследование завершили в общей сложности 160 участников. Программа физической реабилитации, основанная на способности к самообслуживанию, была эффективней, чем обычная программа реабилитации с комплексом ЛФК без включения эрготерапии. При продлении времени вмешательства все результаты в экспериментальной группе постепенно улучшались ($P < 0,05$), а подвижность нижних конечностей восстанавливалась быстрее, чем верхних конечностей. Программа реабилитации с эрготерапией положительно повлияло на качество жизни пациентов, улучшило способность пациента к самообслуживанию, особенно прогресс был замечен после третьего месяца курса реабилитации. [3]

Еще одно исследование ученых доказывает о эффективности эрготерапии в реабилитации. [4]

Заключение

В результате включения эрготерапии в программу реабилитации пациентов после инсульта в состоянии гипокинезии, их функциональные нарушения сокращаются. Благодаря уменьшению болевого синдрома и увеличению объема движений, пациенты становятся более независимыми, что приводит к ускорению процесса социальной и физической адаптации. В процессе курса процедур у пациента уменьшается скованность движений, увеличивается амплитуда перемещений в суставах, повышается тонус и улучшается сократительная способность скелетных мышц. Такой подход восстанавливает и развивает двигательные навыки, способствует самостоятельности и повышает качество жизни пациента. Циклическое повторение определенных движений способствует нивелированию стереотипного инертного патологического поведения в следствии инсульта заменяя его новым динамическим стереотипом целенаправленных трудовых и бытовых движений, которые играют огромную роль в жизни каждого человека и придают ей смысл.

Список литературы

1. Гериатрия: национальное руководство / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н.Яхно, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 609с.
2. Такенов Ж.Т., Борисюк Н.В. Эрготерапия в реабилитации пациентов с двигательными расстройствами, 2017, с. 194-202.
3. «Effect of the physical rehabilitation program based on self-care ability in patients with acute ischemic stroke: a quasi-experimental study» <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10288520/>
4. «Developing complex interventions: lessons learned from a pilot study examining strategy training in acute stroke rehabilitation <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24113727/>