

Таким образом, проведенные нами исследования позволяют утверждать, что иппотерапия является действенным методом лечения, сущность которого заключается в том, что лошадь при движении шагом выступает в роли терапевтического посредника для пациента, передавая двигательные импульсы. Основным механизмом воздействия иппотерапии на организм больного основан на лечебно-профилактическом влиянии двух мощных факторов: биомеханического и психогенного [5].

Под биомеханическим фактором подразумевается воздействие колебаний, идущих от спины движущейся лошади в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, что обеспечивает ритмическую организацию двигательной активности и сенсорную насыщенность иппотерапевтических занятий на фоне регулирования мышечного тонуса и улучшения координации.

Психогенным фактором является воздействие одновременно двух высокоценных мотиваций – желания оказаться верхом на лошади, управлять ею, и воздействия инстинкта самосохранения, активизированного боязнью падения, страхом перед большим и сильным животным. Это помогает, во-первых, раскрыть потенциальные возможности больного, активно вовлекая его в процесс овладения верховой ездой с преодолением страха и неуверенности и, во-вторых, помогает вести борьбу с имеющимися нарушениями с помощью эмоционально стимулирующего прекрасного животного – лошади.

Иппотерапия используется при большом спектре патологий. Учитывая увеличение численности случаев инвалидности среди детей, необходимо более широкое внедрение этого метода многопрофильной реабилитации в практику отечественной медицины.

1. Полежаева, А. Б. Иппотерапия: путь к здоровью (лечение верховой ездой) /А. Б. Полежаева, Е. А. Зуева. – Ростов н /Д.: Март, 2003. – 155 с.

2. Верховая езда как лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.nutrition.ru/works/pages/natmed/method/ippotherapy/healin_ridin.htm.

3. Иппотерапия: программа курсов специальных коррекционных занятий для детей с проблемами в развитии /авт.-сост.: Т. П. Трубочева [и др.]. – Краснопярок: Кларетианум, 1999. – 67с.

4. Белорусская ассоциация верховой езды и иппотерапии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://hippotherapy.iatp.by/hyppo_1_am.html.

5. Колине, О. Верховая езда и ее действие на организм человека /д-р Колине; с пер. с фр. И. К. Мердера; под ред. Л. Каченовского; Московский конно-спортивный клуб инвалидов. – М.: Московский конно-спортивный клуб инвалидов, 2000. – 30 с.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ

Измайлова А.И., Красовская С.В., канд. пед. наук, доцент,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Республика Беларусь

В Республике Беларусь в 2001 году первичная заболеваемость инсультом составила 3,4 на 1000 человек. С каждым годом эта проблема в стране становится все актуальнее, поскольку заболеваемость им растет и увеличивается количество пациентов молодого возраста. Так, в 1989 г. заболеваемость составила 253 на 100000 населения, в 1999 г. – 473, а в 2000 г. – 494. В последние десятилетия социальные, материальные, психогенные и экологические факторы риска на территории Республики Беларусь приобрели особую остроту. Свидетельство тому – рост заболеваемости инсультами в РБ и других странах СНГ почти в 2 раза [1].

Исходя из сказанного, тема исследования актуальна исходя из высокой частоты поражения, быстрого прогрессирования заболевания, инвалидизации больных, «омоложения» пациентов, малой эффективности лечения, сложности медицинской, социальной и психологической реабилитации пациентов.

Экспериментальное исследование по изучению эффективности разработанной комплексной программы реабилитации проводилось с ноября по декабрь 2012 г. на базе УЗ ГКБ № 5 г. Минска.

Для проведения экспериментального исследования методом случайной выборки были сформированы две группы: экспериментальная и контрольная, каждая из которых включала по 10 пациентов с ишемическим инсультом, средний возраст которых $65 \pm 2,14$ лет.

Пациенты ЭГ занимались по разработанной нами программе реабилитации, которая включала ЛГ – 2 раза в день по 20, а затем 40 минут, ФТЛ (теплотечение – 3 раза в неделю 10 процедур; бегущее магнитное поле – ежедневно 20 процедур (кроме выходных), выполнение идеомоторных упражнений – ежедневно 3–4 раза в день, массаж – ежедневно, кроме выходных, нервно-мышечная электростимуляция – через день по 20–30 минут, 15 процедур.

Пациенты КГ работали по программе ГКБ № 5 (ЛГ 2 раза в день, выполнение идеомоторных упражнений ежедневно, массаж ежедневно и ФТЛ через день).

Отличительной чертой нашей программы было включение нервно-мышечной электростимуляции и увеличение количества идеомоторных упражнений.

До и после эксперимента проводилась оценка функционального состояния пациентов обеих групп. По динамике результатов оценивалась эффективность разработанной комплексной программы реабилитации.

В процессе реабилитации решались следующие задачи:

- нормализация позотонических реакций, начиная от снижения спастического напряжения отдельных мышечных групп и заканчивая воспитанием сложных синергий;
- борьба с патологическими двигательными стереотипами (синкинезии, заместительные движения);
- укрепление всей мышечной системы больного и увеличение подвижности суставов;
- стимуляция произвольных движений конечностей;
- расширение двигательной активности больного.

До начала проведения экспериментального исследования в обеих группах не наблюдалось различий по большинству исследуемых показателей (таблица 1). Для оценки эффективности разработанной программы реабилитации были проведены функциональные тесты:

- шестибалльная шкала оценки мышечной силы по Брэдому;
- пятибалльная шкала оценки спастичности мышц по Ашфурту.

После завершения педагогического эксперимента обе группы прошли повторно тестирование с целью выявления динамики результатов (таблица 2).

Таблица 1 – Показатели функционального состояния пациентов контрольной и экспериментальной групп до экспериментального исследования, балл

Оцениваемые параметры	Контрольная группа (n = 10)	Экспериментальная группа (n = 10)	Достоверность различий
Степень спастичности мышц	2,1±0,24	2,0±0,17	T _{набл.} = 0,27
Мышечная сила	1,5±0,17	1,6±0,17	T _{набл.} = 0,4

Таблица 2 – Показатели функционального состояния пациентов контрольной и экспериментальной групп после экспериментального исследования, балл

Оцениваемые параметры	Контрольная группа (n = 10)	Экспериментальная группа (n = 10)	Достоверность различий
Степень спастичности мышц	1,8±0,21	1,2±0,14	T _{набл.} = 2,36
Мышечная сила	1,6±0,17	2,0	T _{набл.} = 2,32

До экспериментального исследования средний показатель по шкале оценки степени спастичности мышц в ЭГ составил 2,0±0,27, в КГ – 2,1±0,24 (таблица 1). В ЭГ у 30 % наблюдается легкое повышение тонуса, ощущаемое при сгибании или разгибании сегментов конечности в виде незначительного сопротивления в начале движения, у 40 % обследуемых – умеренное повышение тонуса, выявляемое в течение всего движения, но не затруднено выполнение пассивного движения, у оставшихся 30 % – значительное повышение тонуса, затруднено выполнение пассивного движения (рисунок 1). В КГ у 30 % обследуемых наблюдается легкое повышение, ощущаемое при сгибании или разгибании сегментов конечности в виде незначительного сопротивления в начале, у 40 % – умеренное повышение тонуса, выявляемое в течение всего движения, но не затруднено выполнение пассивного движения, у оставшихся 30 % – значительное повышение тонуса, затруднено выполнение пассивного движения (рисунок 2).

После экспериментального исследования были получены следующие данные: средний показатель степени спастичности мышц в экспериментальной группе составил 1,2±0,14; а в контрольной группе – 1,8±0,21 (таблица 2). В ЭГ у 80 % обследуемых наблюдается легкое повышение, ощущаемое при сгибании или разгибании сегментов конечности в виде незначительного сопротивления в начале движения; у 20 % – умеренное повышение тонуса, выявляемое в течение всего движения, но не затруднено выполнение пассивного движения (рисунок 1). В КГ: у 30 % – легкое повышение, ощущаемое при сгибании или разгибании сегментов конечности в виде незначительного сопротивления в начале движения; у 60 % обследуемых наблюдается умеренное повышение тонуса, выявляемое в течение всего движения, но не затруднено выполнение пассивного движения; у 10 % – значительное повышение тонуса, затруднено выполнение пассивного движения (рисунок 2).

Таким образом, после реабилитационных мероприятий степень спастичности мышц уменьшилась в экспериментальной группе на 30 %, в контрольной группе – на 12 %.

Сравнение средних арифметических двух выборок по критерию Стьюдента показало, что разработанная программа физической реабилитации, по которой занималась экспериментальная группа, эффективнее программы контрольной группы.

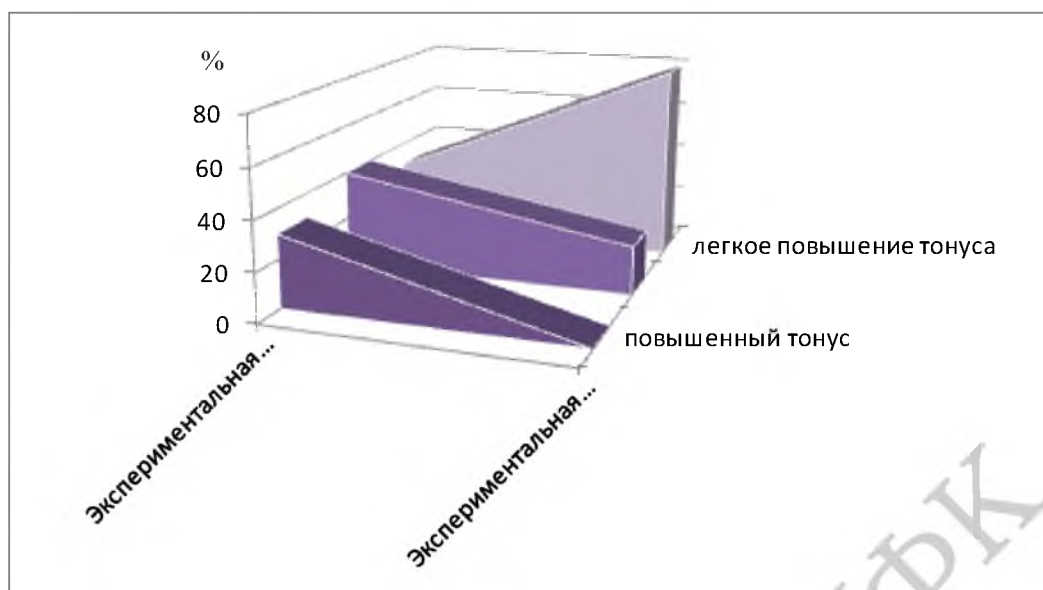


Рисунок 1 – Показатели степени спастичности мышц в экспериментальной группе до и после экспериментального исследования

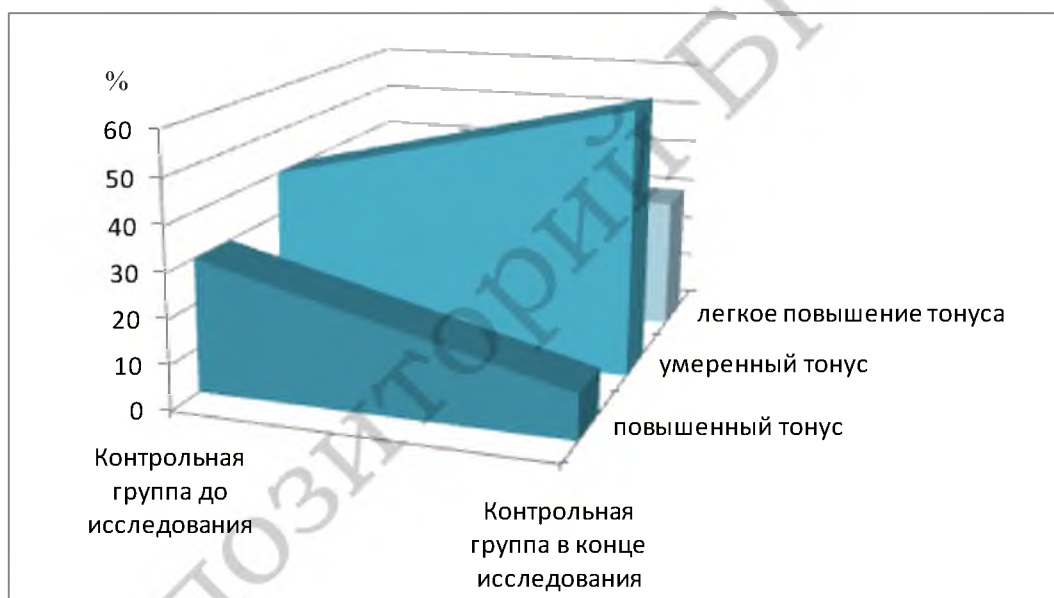


Рисунок 2 – Показатели степени спастичности мышц в контрольной группе до и после экспериментального исследования

До экспериментального исследования средний показатель по шкале оценки мышечной силы в экспериментальной и контрольной группах составил $1,6 \pm 0,17$ и $1,5 \pm 0,17$ соответственно (таблица 1). В экспериментальной группе 60 % обследуемых больных могут совершать движения в полном объеме в условиях разгрузки. Еще у 40 % обследуемых наблюдается ощущение напряжения при попытке произвести движение (рисунок 3). В контрольной группе 50 % больных могут совершать движения в полном объеме в условиях разгрузки; у 50 % наблюдается ощущение напряжения при попытке произвести движение (рисунок 4).

После экспериментального исследования были получены следующие данные: средний показатель по шкале оценки мышечной силы в экспериментальной группе составил 2,0; а в контрольной группе – $1,6 \pm 0,17$ (таблица 2). В экспериментальной группе 100 % пациентов могут выполнять движения в полном объеме в условиях разгрузки (рисунок 4). В контрольной группе: 60 % испытуемых могут выполнять движение в полном объеме в условиях разгрузки, 40 % – наблюдается ощущение напряжения при попытке произвести движение.

Таким образом, после реабилитационных мероприятий прирост мышечной силы в экспериментальной группе составил 40 %, в контрольной группе – 10 %.

Комплексная программа физической реабилитации представляет собой эффективную методику физической реабилитации пациентов с ишемическим инсультом на раннем восстановительном этапе.

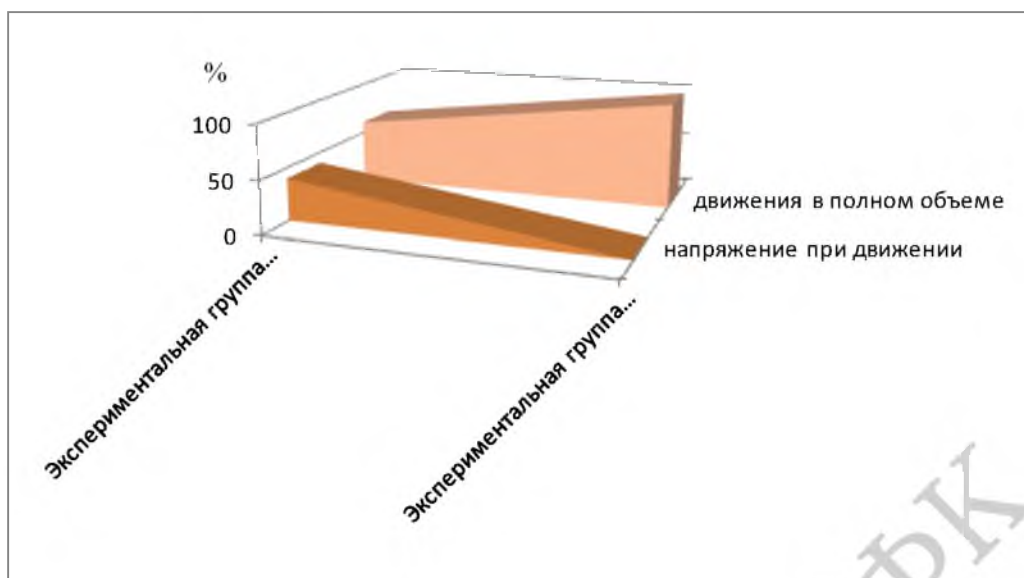


Рисунок 3 – Показатели мышечной силы в экспериментальной группе до и после экспериментального исследования

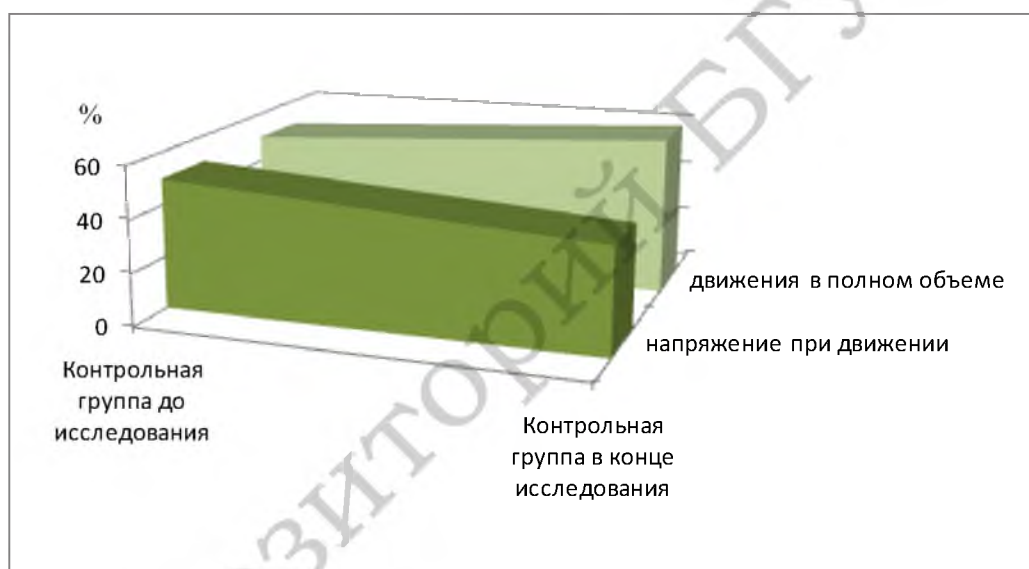


Рисунок 4 – Показатели мышечной силы в контрольной группе до и после экспериментального исследования

Применение данной методики позволило добиться: нормализации позотонических реакций, начиная от снижения спастического напряжения отдельных мышечных групп и заканчивая воспитанием сложных синергий, укрепления всей мышечной системы больного и увеличение подвижности суставов, стимуляции произвольных движений конечностей, расширения двигательной активности больного.

Использование элементарных гимнастических упражнений (в виде активной и пассивной гимнастики), упражнений для самостоятельного выполнения в сочетании с продолжительным курсом массажа и физиотерапевтических процедур позволили развить координацию и силовую выносливость мышц верхних и нижних конечностей, значительно уменьшить последствия и предотвратить осложнения перенесенного заболевания. Отсутствие осложнений в ходе курса лечения свидетельствует о его безопасности и адекватности возможностям пациентов с ишемическим инсультом в остром периоде. Следовательно, применение указанного комплекса лечения, основанного на индивидуальном подходе к организму пациентов как единой целостной системе, позволило во многих случаях добиться восстановления в более короткие сроки.

Таким образом, проведенное исследование показало, что разработанная комплексная программа физической реабилитации позволила добиться более высоких результатов у пациентов экспериментальной группы и является эффективным методом лечения пациентов с ишемическим инсультом на раннем восстановительном этапе.

1. Кулеш, С.Д. Эпидемиология мозгового инсульта: результаты популяционного регистра Гродно / С. Д. Кулеш // Здоровоохранение. – 2009. – 1. – С. 31–35.