

ЭРГОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Якимец И.В., канд. пед. наук, **Эраносьян Н.М.**,
Белорусский государственный университет физической культуры,
Волкова Н.И.,
Белорусский государственный технологический университет,
Радченко М.В.,
ГВКМЦ,
Республика Беларусь

Среди всех известных видов травм именно черепно-мозговая имеет наибольший процент по инвалидизации. Спектр последствий, возникающих у пациентов с ЧМТ, достаточно широк и проявляется нарушениями в когнитивной, эмоционально-поведенческой, двигательной и других сферах активности. Одним из самых распространенных последствий ЧМТ является развитие двигательных расстройств верхних конечностей, проявляющихся плегиями и парезами разных степеней тяжести. Основной целью эрготерапии как части реабилитационного процесса является достижение максимального уровня самостоятельности для таких пациентов. Разработка новых методик эрготерапии, направленных на восстановление функции верхней конечности как важнейшего инструмента двигательной активности человека, является важной задачей реабилитации и ведется во всех крупнейших реабилитационных учреждениях мира.

В целом анализ эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших ЧМТ, показал, что специализированное восстановительное лечение позволяет не столько сократить сроки временной нетрудоспособности в остром периоде ЧМТ, сколько предотвратить инвалидизацию пациентов при среднетяжелой и тяжелой травме, улучшить адаптационные возможности и способность к социальной интеграции пациентов с легкой ЧМТ, тем самым существенно повышая качество их жизни. При адекватном оказании медико-реабилитационной помощи все пациенты с легкой травмой, большинство пострадавших с травмой средней тяжести и часть пациентов с тяжелой ЧМТ восстанавливают свою жизнедеятельность и трудоспособность; инвалидами в случае своевременной реабилитации становятся лишь 8–9 % пациентов, перенесших ЧМТ средней тяжести, и около 70 % больных, перенесших тяжелую ЧМТ [1].

Таким образом, остро встает вопрос о необходимости реабилитации пациентов с ЧМТ для наиболее полного восстановления утраченных функций и адаптации к жизни в условиях патологии. Разработка новых программ реабилитации и, в частности, эрготерапии позволит лицам с ЧМТ достичь максимального уровня самостоятельности и обеспечит необходимым уровнем знаний и практических навыков, необходимых для жизни в условиях инвалидности.

Цель работы – улучшение функционального состояния верхних конечностей путем использования методики принудительно-индуцированной терапии у пациентов, перенесших черепно-мозговую травму.

Для изучения эффективности данной методики был проведен педагогический эксперимент на базе отделения нейрохирургии Главного военного клинического медицинского центра, в котором приняли участие две группы пациентов: контрольная (КГ) и экспериментальная (ЭГ) группы. В обеих группах были пациенты трудоспособного возраста с ЧМТ легкой и средней степени тяжести (ранний восстановительный период). Контрольная группа занималась по программе реабилитации, утвержденной в данном учреждении здравоохранения. Экспериментальная группа занималась по программе, особенностью которой является включение в занятия по эрготерапии методики принудительно-индуцированной терапии.

Сущность данной методики заключается в том, что здоровая рука фиксируется с помощью специальных приспособлений к туловищу, так, что пациент не может ее использовать. Тем самым создаются условия, при которых все внимание пациента фиксируется на использовании паретичной руки во время восстановления различных двигательных навыков. Данные литературы и собственные педагогические наблюдения показали, что большинство усилий, направленных на включение паретичной руки в бимануальную активность, являются недостаточно эффективными, так как в большинстве своем пациенты после ЧМТ предпочитают использовать здоровую руку независимо от степени пареза в пораженной руке (даже при наличии легкого пареза). При этом недостаточное использование паретичной руки может привести к таким последствиям, как вторичные изменения в мышцах в виде атрофий и контрактур, что в итоге еще больше ограничивает функцию пораженной конечности.

До и после окончания курса восстановительного лечения нами было проведено тестирование пациентов ЭГ и КГ по оценке глубокой чувствительности, оценке двигательной способности руки Френчай, определению уровня основных критериев жизнедеятельности с помощью шкалы Ривермид [2]. Результаты представлены на рисунках 1–3.

Если говорить об улучшении глубокой чувствительности и двигательной функции верхних конечностей в ходе педагогического эксперимента, то и в ЭГ и в КГ имеет место положительная динамика, но в ЭГ она более выражена.

Однако говорить о полноценном восстановлении функции верхней конечности можно лишь в том случае, если у пациента восстановлена глубокая чувствительность. Динамика восстановления данного показателя представлена на рисунке 1.

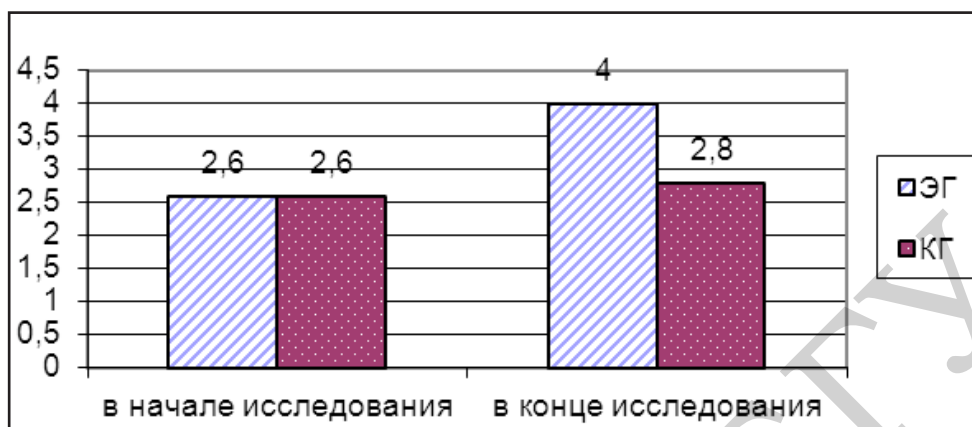


Рисунок 1 – Показатели состояния глубокой чувствительности верхних конечностей в начале и в конце исследования, баллы

На основе анализа полученных после тестирования результатов, можно сказать, что прирост результатов в ЭГ наблюдается у всех пациентов, в КГ у пяти пациентов из семи результат остался прежним, средний показатель прироста в ЭГ составляет 61,7 %, тогда как в КГ он равен в среднем 21,4 %. Так как $t_{набл.} = 2,96 > t_{крит.} = 2,16$ можно говорить о том, что в ЭГ прирост результатов, характеризующих уровень глубокой чувствительности, достоверно выше. Недостаточное восстановление глубокой чувствительности не позволяет восстановить полноценную функцию верхних конечностей.

Далее мы оценили функцию кисти (рисунок 2). Сравнение результатов в начале и в конце исследования по данному тесту представлено на рисунке 2.

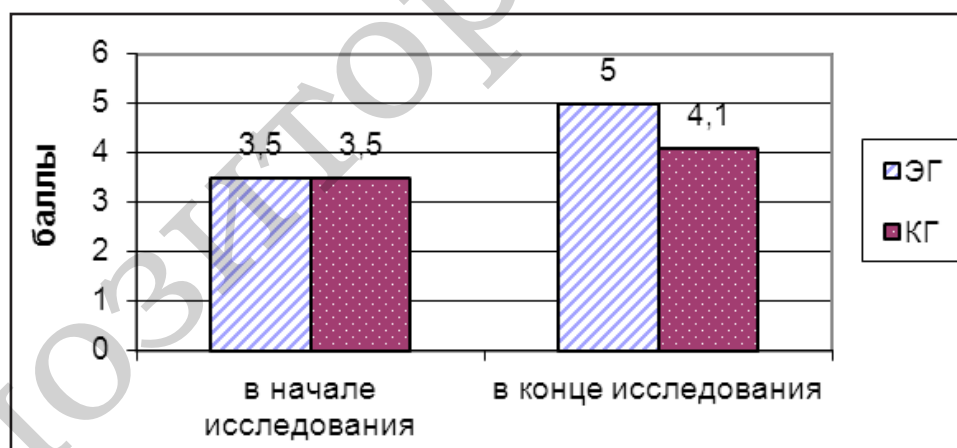


Рисунок 2 – Показатели двигательной-координационной функции верхних конечностей в начале и в конце исследования, баллы

Проведя анализ полученных данных, можно сказать, что в ЭГ прирост показателей наблюдался у всех пациентов, тогда как в КГ у трех пациентов из семи показатели остались на исходном уровне.

Из результатов, представленных на графике, видно, что средний прирост в ЭГ составил 42,6 %, в КГ 17,7 %. Так как $t_{набл.} = 3,28 > t_{крит.} = 2,16$, то можно говорить о том, что в ЭГ прирост результатов, характеризующих двигательную-координационную способность верхних конечностей, достоверно выше. Восстановление данных способностей является очень важным, так как именно от них зависит выполнение всех повседневных бытовых действий – способность схватывать и удерживать предметы, ловкость пальцев, сила кисти и др.

С точки зрения эрготерапии, большое значение имеет положительная тенденция в результатах, характеризующих основные критерии жизнедеятельности пациентов. Динамика этих показателей приведена на рисунке 3.

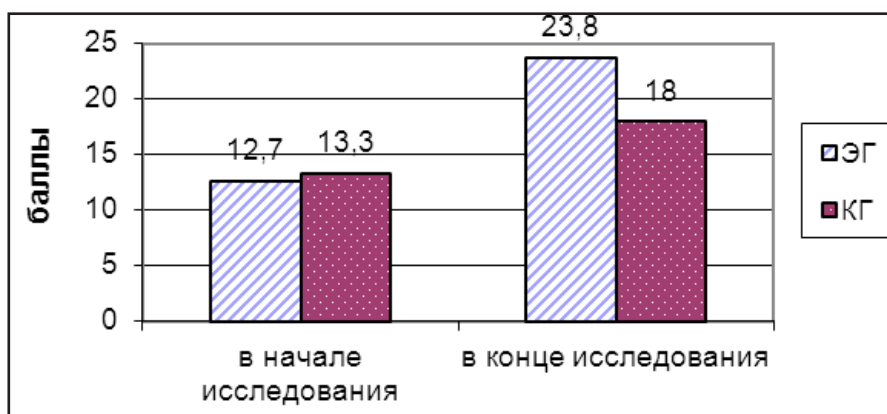


Рисунок 3 – Показатели основных критериев жизнедеятельности в начале и в конце исследования, баллы

В начале исследования результаты в ЭГ и КГ находились примерно на одном уровне и достоверно не различались. По показателям, оценивающим основные виды деятельности – домашнее хозяйство и деятельность, связанную с жизнью в обществе, – в ЭГ и КГ результаты находились на низком уровне.

В конце педагогического эксперимента результаты в ЭГ значительно превосходят таковые в КГ. Это напрямую связано с использованием метода принудительно-индуцированной тренировки, так как данные виды деятельности напрямую связаны с активным использованием паретичной руки.

Анализируя полученные результаты, можно сказать, что прирост показателей имеет место в обеих группах, в ЭГ он составляет в среднем 83,5 %, тогда как в КГ – составляет 36 %. Так как $t_{набл.} = 3,29 > t_{крит.} = 2,16$, то можно сделать вывод, что в ЭГ прирост результатов, характеризующих основные критерии жизнедеятельности, достоверно лучше.

Проведенный педагогический эксперимент показал, что использование на занятиях по эрготерапии методики принудительно-индуцированной двигательной терапии является эффективным для восстановления функции верхней конечности у пациентов с ЧМТ в раннем восстановительном периоде.

1. Белова, А. Н. Нейрореабилитация / А. Н. Белова. – М.: Антидор, 2003. – 734 с.

2. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А. Н. Белова. – М.: Антидор, 2004. – 352 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРГОТЕРАПИИ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Якимец И.В., канд. пед. наук,

Белорусский государственный университет физической культуры,

Гилевич И.В.,

ЦКРОиР Октябрьского района г. Минска,

Сергеева Т.Ф.,

РНПЦ психического здоровья,

Республика Беларусь

Сегодня наркомания является мировой проблемой, которая присутствует на всех континентах. К тому же она проявляет тенденцию неуклонного роста. Наркоманию называют «белой смертью» по цвету одного из самых распространенных в мире наркотиков – героина, получаемого из опийного мака.

Лечение наркоманий в настоящее время не имеет четкой патогенетической ориентации и во многом симптоматично, поскольку экспериментальные исследования и клиническая практика еще не выработали единых, общепризнанных методов лечения наркоманической зависимости. Это обстоятельство связано с недостаточным знанием интимных механизмов патогенеза наркоманий, которые, как известно, прежде всего, обусловлены весьма тонкими и вначале малозаметными функциональными изменениями физиологических и биохимических процессов в центральной нервной системе.

Важным принципом лечения является его этапность. Выделяют следующие этапы:

Первый этап – нейтрализации яда в организме (детоксикация). Цель лечебных мероприятий заключается в ликвидации отравления организма наркотическими веществами или проявлений абстинентного синдрома. Нейтрализация предусматривает: удаление еще не усвоенного организмом яда; поддержание таких основных жизненных функций, как кровообращение, дыхание, водно-электролитный баланс и др.; выведение яда, уже усвоенного тканями организма, применение специальных мер в зависимости от рода употреблявшихся паци-