

свидетельствовало о более адаптированной и экономичной работе сердечно-сосудистой системы у обследованных школьников. Результаты доказывают, что проведенное нами исследование привело к установлению функционирования сердечно-сосудистой системы у детей в более экономичном и функционально выгодном режиме.

**Выводы.** Таким образом, предложенная нами программа с использованием сюжетно-ролевых игр у школьников с легкой степенью интеллектуальной недостаточности приводит к экономизации функционирования сердечно-сосудистой системы и может быть рекомендована в качестве внеклассной формы работы по физической культуре.

1. Безруких, М.М. Возрастная физиология (Физиология развития ребенка): учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М.М.Безруких, В.Д.Сонькин, Д.А.Фарбер. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 416 с.

2. Карпман, В.Л. Спортивная медицина: учеб. для институтов физ. культ. / под ред. В.Л. Карпмана. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 304 с.

3. Хрипкова, А.Г. Возрастная физиология и школьная гигиена: пособие для студ. пед. ин-тов / А.Г. Хрипкова, М.В. Антропова. – М.: Просвещение, 1990. – 319 с.

4. Шапкова, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие / под ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2004. – 464с.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭРГОТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

*Яхимович Т.С.,*

*Якимец И.В.,* канд. пед. наук,

Учреждение образования «Белорусский государственный университет физической культуры»,

Республика Беларусь

Проблема сосудистой патологии головного мозга является одной из ведущих в неврологии, и ее решение имеет большое социальное значение. По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность от цереброваскулярных заболеваний стоит на 3-м месте после таковой от заболеваний сердца и злокачественных новообразований [1].

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным появлением очаговых или общемозговых неврологических симптомов, которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более ранние сроки [1]. Наиболее часто встречаются инсульты, развивающиеся вследствие резкого прекращения кровоснабжения головного мозга, разрыва патологически измененных мозговых сосудов, повышения кровяного давления.

По характеру поражения выделяют два основных типа инсульта: ишемический, геморрагический.

Ишемический инсульт представляет собой гетерогенный клинический синдром. Чаще всего ишемический инсульт развивается в возрасте 60–69 лет, причем у мужчин чаще, чем у женщин.

Геморрагический инсульт – спонтанное (нетравматическое) внутричерепное кровоизлияние.

Ежегодно в Республике Беларусь на инвалидность выходят около 6,5 тыс. инвалидов с мозговым инсультом. 25–30 % из них становятся инвалидами I группы, к трудовой деятельности возвращаются не более 10–15 % больных [3]. Многими исследователями отмечена тенденция к омоложению контингента больных с сосудистыми заболеваниями мозга [1]. Актуальность реабилитации данных пациентов определяется распространенностью сосудистых заболеваний головного мозга, частотой нарушений

мозгового кровообращения, нередко оставляющих после себя тяжелые органические дефекты, инвалидизирующие больных. Наиболее частыми последствиями мозгового инсульта, приводящими больных к инвалидности, являются афатические расстройства, центральные параличи и парезы, нарушения координации, т. е. расстройство именно тех функций, которые обеспечивают активность больного, его контакты с внешним миром, возможность обслуживать себя и принимать участие в трудовой деятельности. Восстановление нарушенных функций, обучение больных самообслуживанию и приспособление к трудовой деятельности в новых условиях составляют основные задачи реабилитации.

**Цель исследования** – совершенствование реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, путем комплексного применения эрготерапии и физической реабилитации.

При составлении программы комплексного применения эрготерапии и физической реабилитации у постинсультных больных в раннем восстановительном периоде нами учитывались:

– основные принципы реабилитации: раннее начало, этапность, комплексность, индивидуальный подход к каждому.

– ориентация на достижение конкретного конечного результата. Цели для вмешательства (чего человек хочет достигнуть в ближайшее время) ставятся самим пациентом при участии эрготерапевта. Специалист оценивает возможность их осуществления и совместно с больным определяет этапы их достижения. Таким образом, пациент заинтересован в достижении поставленной цели, он является активным участником терапии, что повышает эффективность реабилитационного процесса в раннем восстановительном периоде [4].

Педагогический эксперимент проводился на базе реабилитационного центра «ЭЛИОС» (Дом милосердия). В исследовании приняло участие 10 человек. Участники эксперимента были разделены на 2 группы: контрольную (КГ) и экспериментальную (ЭГ) (по 5 человек в каждой группе). Контрольная группа занималась по программе реабилитационного центра «Элиос», включающей двигательную реабилитацию, физиотерапию, массаж. Экспериментальная – по разработанной нами программе, включающей сенсомоторную тренировку, ADL-тренинг и трудотерапию. При этом общее время, отводимое на реабилитационные мероприятия, осталось неизменным. Эрготерапевтические мероприятия проводились два-три раза в неделю (вместо двигательной реабилитации).

Под термином «эрготерапия» понимают комплекс мероприятий, направленных на восстановление утраченного либо достижение максимально возможного уровня функционирования и независимости во всех аспектах жизни (повседневной активности, продуктивной деятельности, отдыхе). Эрготерапия проводится по индивидуальной программе, составленной на основе предварительной оценки функциональных нарушений и возможностей пациента, его социального статуса (профессия, условия проживания, окружение и т. д.). Наряду с этим важно вызвать заинтересованность пациента в достижении планируемой цели и заручиться готовностью к сотрудничеству – активному участию в процессе лечения. Эрготерапия основана на выполнении различных видов трудовых и бытовых движений с использованием специального оборудования и методик, которые выбираются в соответствии с задачами восстановительного лечения конкретного пациента.

Тяжесть инвалидности постинсультных больных напрямую связана со степенью нарушения сенсомоторных функций верхней конечности. При выраженных парезах, особенно доминантной руки, больные зачастую пожизненно остаются зависимыми от посторонней помощи.

Сенсомоторная функциональная тренировка моторики верхней конечности у постинсультных больных осуществлялась в онтогенетической последовательности: от проксимальных отделов к дистальным (движения в плече предшествуют появлению движений в кисти); сгибание руки развивается раньше, чем разгибание; рефлексорные движения

появляются перед произвольными; вначале больной выполняет обобщенные движения и только затем изолированные (избирательные).

Под ADL обычно понимают те базовые физические функции, которые лежат в основе нормальной жизни [2].

ADL – это практическая помощь самому себе в сфере:

- личной гигиены;
- возможностей самостоятельно одеваться и раздеваться;
- питания (самостоятельно есть, пить, пользоваться столовыми приборами);
- общения, коммуникации;
- повседневных практических потребностей (например, возможность и умение пользоваться телефоном, дверными ручками, электровыключателями и другими практическими приспособлениями);
- домашнего хозяйства и трудовой деятельности;
- хобби и увлечения;
- повседневной деятельности (например, умение самостоятельно ходить в магазин, делать покупки, пользоваться общественным транспортом и т. п.);
- социального общения;
- организации свободного времени.

Первоначально все движения по самообслуживанию должны выполняться с помощью эрготерапевта, а затем, по мере улучшения двигательных функций пациента, становятся все более самостоятельными и произвольными. Очень важно не допускать появления у пациентов разочарования от неудач. Для этого эрготерапевтическая программа должна строиться в пределах реальных возможностей пациента [4].

Трудотерапия (т/т) – это активный лечебный метод восстановления утраченных функций у больных при помощи полноценной, разумной работы, направленной на создание полезного продукта. Использование т/т как метода реабилитации больных позволяет приспособлять, тренировать и развивать остаточные возможности нарушенных функций, тем самым способствовать их восстановлению. Т/т имеет огромное психотерапевтическое значение, отвлекая больного от мысли о заболевании, инвалидности, приучает больных к работе в коллективе, если возможно, на предприятии. Т/т помогает оценить трудовые возможности больного и правильно решить вопрос его трудоустройства.

В раннем восстановительном периоде эрготерапевтом в первую очередь оцениваются нарушения жизнедеятельности, вызванные инсультом. Поэтому нами был выбран индекс Бартела, которому принадлежит приоритетная роль в оценке нарушений жизнедеятельности постинсультных больных. Индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. Сумма баллов от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 – выраженной зависимости, от 61 до 90 и от 91 до 99 – соответственно умеренной и легкой зависимости [2].

До начала педагогического эксперимента показатели КГ и ЭГ достоверно не различались: в ЭГ средний показатель по группе составил  $37,0 \pm 6,46$ , в КГ –  $27 \pm 29,02$  ( $p > 0,05$ ). После проведения курса реабилитации показатели самообслуживания и мобильности улучшились в обеих группах и составили в ЭГ –  $60 \pm 6,91$ , в КГ –  $39 \pm 3,86$ . Результаты пациентов ЭГ достоверно превосходят таковые в КГ ( $p < 0,05$ ).

Анализируя показатели состояния пациентов ЭГ до и после проведенных реабилитационных мероприятий, мы также выяснили, что прирост индекса активности Бартела составил 88,26 %, а в КГ – 53,33 %. Сравнивая показатели состояния пациентов ЭГ и КГ, выяснили, что прирост по индексу Бартела в ЭГ на 34,93 % больше, чем в КГ.

Таким образом, в результате проведенного педагогического эксперимента выявилось очевидное преимущество разработанной нами программы комплексного применения эрготерапии и физической реабилитации перед общепринятой программой.

1. Белова, А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А.Н. Белова. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.

2. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н. Белова [и др.]; под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.

3. Программа медицинской реабилитации для больных с основной инвалидизирующей патологией в отделениях медицинской реабилитации санаториев: пособие для врачей / В.Б. Смычек [и др.]; НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. – Минск, 2003. – 117 с.

4. Скворцова, В.И. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения: учеб.-метод. пособие по неврологии для студентов медицинских вузов / В.И. Скворцова [и др.]; под ред. В.И. Скворцовой. – М.: Литтера, 2006. – 104 с.