



12. Юмашев Г. С. Остеохондроз позвоночника. М.: Медицина, 1984. 384 с.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2018 р.

**Карпенко Ю. М.  
Алексенко А.В.**

**Karpenko Y. M.  
Aleksenko A.V.**

### **APPLICATION OF ELEMENTS OF ERGOTHERAPY IN REFUSAL WORK WITH PERSONS WHO HAVE BEEN SUSPECTED**

*The research is directed to detect a degree recovery of lost functions and self-care skills in patients with acute violation of cerebral circulation under the influence of occupations on ergotherapy.*

**Key words:** *ergotherapy, self-service, spasticity, limb, stroke.*

### **ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ЕРГОТЕРАПІЇ У ВІДНОВНІЙ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ**

*Дослідження спрямоване на виявлення ступеню відновлення втрачених функцій та навиків самообслуговування у хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу під впливом занять з ерготерапії.*

**Ключові слова:** *ерготерапія, самообслуговування, спастичність, кінцівка, інсульт.*

**Актуальність теми.** Сьогодні в Україні, як і в інших країнах світу, існує тенденція до зростання неврологічних захворювань. Найбільш актуальними та соціально значущими, у структурі неврологічної патології, залишаються судинні захворювання головного мозку, провідне місце серед яких посідають, гострі порушення мозкового кровообігу – мозкові інсульти [3].

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення. В Україні щороку близько 110–125 тис. жителів переносить мозковий інсульт, який є однією з найчастіших причин інвалідності та смертності населення країни. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Слід зазначити, що 35,5% мозкових інсультів зустрічаються в осіб працездатного віку. За даними багатьох джерел, лише близько 20% хворих, які вижили повертаються до колишньої роботи. Дослідження останніх років свідчать про значні можливості комплексних поетапних програм, що реалізуються на базі спеціалізованих установ відновного лікування, в підвищенні клініко-соціальних наслідків у хворих, які перенесли мозковий інсульт [1].

Тому в даний час при визначенні ефективності лікування і реабілітації постінсультних хворих велика увага приділяється відновленню самообслуговування, поліпшенню самопочуття і підвищенню задоволеності життям в психо-емоційному, соціальному і духовному аспектах. Для цього в останні роки вітчизняні та зарубіжні науковці інтенсивно розробляють напрямок ерготерапії, метою якого є допомога людям з різними фізичними або психічними порушеннями в досягненні максимальної



незалежності від оточуючих в своєму повсякденному житті (самообслуговування, продуктивної діяльності, відпочинку), незалежно від того, які у нього є порушення, обмеження життєдіяльності чи обмеження участі в житті суспільства [3].

Значні порушення функцій нервово-м'язового апарату, що ускладнюють здатність самостійного пересування, самообслуговування, спостерігаються у хворих після перенесеного мозкового інсульту. Причиною зниження і втрати працездатності хворих є не тільки тяжкість пошкодження і захворювання, але і несвоєчасне та нерегулярно проведене відновне лікування, а також невикористання всього комплексу засобів, направлених на відновлення і розвиток тимчасово втрачених функцій рухового апарату [6].

Кінцевий результат лікування хворих з наслідками мозкового інсульту оцінюється перш за все по ступеню відновлення порушених функцій. Основним засобом, що реалізує лікувальний ефект всієї системи комплексної медичної реабілітації такої групи хворих, являється ерготерапія – перехідний ступінь від відновлення здоров'я хворих до відновлення їх професійних навиків [7].

Ерготерапія хворих, які перенесли мозковий інсульт, спрямована на попередження інвалідності, зниження її ступеня тяжкості і допомогу хворим в плані їх максимально можливої фізичної, психічної, соціальної та професійної адаптації, є актуальною медичною та соціальною проблемою. Сьогодні існує значна кількість наукових робіт вітчизняних і зарубіжних вчених, що присвячені відновній роботі з особами, що перенесли інсульт (Андріюк Л.В. [1], Віничук С.М. [3], Потокій В.С. [5], Edmans J., Champion A.[6], Hoffmann T. [7], Legg LA, Lewis SR [8]). Проте ми не знайшли достатню кількість наукових повідомлень про дослідження впливу ерготерапії на ступінь відновлення тих чи інших функцій постінсультних хворих, так і на рівень їх незалежності при виконанні усіх основних видів побутової діяльності.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати та розробити програму фізичної реабілітації із застосуванням елементів ерготерапії для постінсультних хворих.

Дослідження проводилося на базі неврологічного відділення Сумської обласної лікарні. Програма фізичної реабілітації з використанням елементів ерготерапії застосовувалася для хворих з різними функціональними порушеннями, які перенесли мозковий інсульт.

До експериментальної групи увійшло 12 осіб з різними формами тяжкості спастичного парезу та різними функціональними розладами рухової сфери. Середній вік досліджуваних – 56 років.

Програма фізичної реабілітації впроваджувалась у вигляді волонтерської діяльності, проводилася в домашніх умовах, на лікарняному періоді реабілітації, у вільному руховому режимі. Вона включала: ЛФК; масаж; ерготерапію.

Хворі після інсульту не завжди можуть повернутися до колишньої трудової діяльності, їм необхідно перенавчатися й опановувати посильну роботу. Головним завданням ерготерапії була поступова адаптація хворого до відновлення побутових навичок й елементів самообслуговування.

Під час занять ерготерапії ми чергували роботу з відпочинком, використовуючи вправи на розслаблення, здійснювали постійний контроль за реакцією хворого на навантаження. Заняття проводилося щоденно, протягом однієї години, після масажу і лікувальної фізичної культури.

Для урізноманітнення видів праці ми розділили їх на категорій: 1 категорія – підсобні роботи; 2 категорія – ручна праця з елементами різних операцій або із застосуванням ускладнених механізмів; 3 категорія – відновлення побутових навичок



у хворих після інсульту з використанням спроб самостійного одягання, взування, приймання їжі, чищення зубів, причісування, гоління, макіяжу, особиста гігієна; 4 категорія – творчі види праці.

Загалом заняття із ерготерапії проходили у спокійній та витриманій атмосфері. Хворі намагалися не тільки виконувати завдання самостійно, але і допомагати іншим. На кожному занятті із ерготерапії використовувалися певні елементи з різних категорій. Наприклад, витирання пилу, застібання ґудзиків, зав'язування стрічок, елементи самообслуговування і в кінці творча праця – малювання або ліплення.

*Лікувальна фізична культура.* Завдання: загальнотонізуючий вплив, поліпшення трофіки тканин паретичних кінцівок, зниження гіпертонусу м'язів, протидія синкінезіям, профілактика контрактур, тугорухливості, м'язової атрофії, тренування активних рухів у паретичних кінцівках. Відновлення навичок ходьби. Розвиток побутових і трудових навичок.

Застосовувалися: активні вправи для здорових і паретичних кінцівок, дихальна гімнастика, навчання м'язового розслаблення, синхронне виконання вправ для здорових і паретичних кінцівок, вправи із предметами, з обтяженням, ходьба з опорою, з допомогою, пригнічення синкінезій вольовим зусиллям, механотерапія [3].

Темп виконання вправ середній, амплітуда – від малої до повної. Тривалість заняття 30 – 45 хв (за можливості 2 рази на день).

Лікувальну гімнастику застосовували у вигляді спеціальних лікувально-гімнастичних вправ для верхніх та нижніх кінцівок, у вихідних положеннях лежачи (на спині, на здоровому боці, на животі), сидячи (на кушетці, на стільці, за столом) та стоячи (перед ліжком, столом, дзеркалом, гімнастичною стінкою). В комплекс лікувальної гімнастики включали навчання правильній ходьбі та вправи для закріплення навички правильної постановки стоп.

Для профілактики у хворих наявних синкінезій, виконували вправи на усунення співдружних рухів. Заняття проводилися під постійним наглядом методиста.

*Масаж.* У програму фізичної реабілітації був включений масаж верхніх кінцівок.

Враховувалися наступні методичні рекомендації: масаж виконувався перед заняттям з працетерапії; кожен прийом повторювали 3-4 рази; під час перших 3-х процедур масажували тільки дистальні відділи верхніх кінцівок, а вже на 4-5 процедурі включали верхні відділи рук та деяких грудних м'язів; при масажі кисті, утримувалися III-V пальці в положенні розгинання, а I палець в положенні відведення; до масажу включалися пасивні вправи на розтягування спастичних м'язів хворої кінцівки.

Масаж руки пацієнта виконувався у вихідному положенні сидячи, рука хворого знаходилася на масажному столі, а масажист розташовувався навпроти. В план масажу руки хворого входило: масаж кисті та пальців (щадний масаж долонної та інтенсивний масаж тильної поверхні кисті); масаж передпліччя (кисть хворого фіксували під час масажу задньої поверхні – в положенні пронації, а при масажі передньої поверхні – в положенні супінації); масаж плеча (масажували трапецієподібний, найширший м'яз спини, дельтоподібні та грудні м'язи).

Спеціальний вплив надавали на плечовий суглоб у зв'язку з больовим синдромом і можливістю виникнення дистрофічних порушень у ньому.

**Висновки.** Аналіз літературних джерел дозволив встановити основні наслідки та ускладнення, які виникають після інсульту і стають на перешкоді проведенню ефективного реабілітаційного втручання, зокрема, такі наслідки і ускладнення: паралічі та парези кінцівок, зміни тону м'язів паретичних кінцівок, постінсультні



трофічні порушення, порушення чутливості, центральний больовий синдром, мовні порушення, порушення вищих психічних функцій та зорові порушення [5].

Отже, згідно з результатами проведеного дослідження, застосування елементів ерготерапії є одним із найкращих факторів в плані відновлення втрачених функцій опорно-рухового апарату та самообслуговування у постінсультних хворих. Проведення ерготерапії сприятливо впливає як на ступінь відновлення тих чи інших функцій постінсультних хворих, так і на рівень їх незалежності при виконанні усіх основних видів побутової діяльності. В подальшому планується експериментальна перевірка ефективності розробленої програми.

### Використана література.

1. Андріюк Л. В. Додаткові можливості корекції розладів неврологічних функцій у пацієнтів з наслідками геморагічного інсульту / Л. В. Андріюк, І. В. Магулка // Медична гідрологія та реабілітація. – ПрАТ «Трускавецькурорт». – Т.13. – №1-3. – 2015. – С.24-35.
2. Багрій І.П. Особливості організації змісту професійної підготовки заняттєвих терапевтів у Канаді / І.П. Багрій // Психолого-педагогічні науки. – 2014. – № 2. – С. 209-216.
3. Віничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту / С. М. Віничук, М. М. Прокопів, Т. М. Черенько // Український неврологічний журнал. – 2014. – №1. – С. 3-10.
4. Мальцев С. Б. Эрготерапия : самообслуживание лиц с двигательными ограничениями : учебное пособие / С.Б. Мальцев. – Душанбе : Оксфорд Полиси Менеджмент, 2012. – 50 с.
5. Потокій В.С. Метод відновлення рухової функції у осіб із спастичністю м'язів після інсульту / В. С. Потокій // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. пр. за ред. С. С. Єрмакова. – Харків : ХДАДМ(ХХПІ), 2014. – №3. – С.53-56.
6. Edmans J. Occupational therapy and stroke / J. Edmans, A. Champion, L. Hill. – Wiley-Blackwell, 2010. – 188 p.
7. Hoffmann T. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients / T. Hoffmann, S. Bennett, CL Koh, KT McKenna // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – Issue 9. Art. No.: CD006430. DOI: 10.1002
8. Legg LA, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke / LA Legg, SR Lewis, OJ Schofield-Robinson, A Drummond, P Langhorne // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2017. – Issue 7. Art. No.: CD003585. CD003585.pub3.

Стаття надійшла до редакції 15.03.2018 р.