

ЕРГОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПРЕНЕСЕНИМ ІНСУЛЬТОМ

Гавалко Ірина, Бас Ольга

Львівський державний університет фізичної культури

Анотації:

Статтю присвячено проблемі адаптації до повсякденного життя хворих після перенесеного інсульту. Особливе значення надається ерготерапії, що відіграє ключову роль у відновленні втрачених функцій пацієнта та повернення його до соціуму, продуктивної активної діяльності.

The article is devoted to the problem of adaptation to the everyday life of patients after stroke. Of particular importance is occupational therapy, which plays a key role in restoring lost patient functions and returning to society, to productive and active activities. Many of the tools that are most often used to train or restore a patient's stroke skills are presented.

Статья посвящена проблеме адаптации к повседневной жизни больных после перенесенного инсульта. Особое значение придается эрготерапии, которая играет ключевую роль в восстановлении утраченных функций пациента и возвращении его к социуму, продуктивной активной деятельности.

Ключові слова:

ерготерапія, інсульт, відновлення, адаптація

occupational therapy, stroke, restore, adaptation

эрготерапия, инсульт, восстановление, адаптация

Постановка проблеми й аналіз результатів останніх досліджень.

Найбільш тяжкою формою судинних захворювань головного мозку є інсульт. Щороку інсульт розвивається у 16 млн. жителів планети, 6 млн. з яких помирають унаслідок ускладнень. 40-50 % хворих помирають протягом першого року після інсульту, а 80 % тих, що вижили, залишаються неповносправними, залежними від оточуючих. Тому фізична терапія є важливою частиною у відновленні для багатьох осіб, які перенесли інсульт. Наслідки, спричинені інсультом, можуть означати, що пацієнт повинен змінитися, заново навчитися жити зі своєю проблемою.

Перенесений інсульт часто супроводжується втратою тієї чи іншої функції або їх у комплексі. В цілому, після інсульту спостерігаються:

- загальні порушення, до яких відносяться: афазія, апраксія мови, слабкість у руці/кисті, руці/нозі, когнітивні порушення, дизартрія, дисфагія, слабкість в обличчі, порушення ходи, рівноваги і координації, порушення сприйняття, в тому числі, дисфункція зорового сприйняття, втрата чутливості, порушення функції верхньої кінцівки, проблеми зору тощо;

- обмеження активності: самообслуговування (приймання душу, одягання і догляд за собою, прийом їжі та пиття), спілкування, обмеження діяльності (наприклад, повернення до роботи), психологічні (наприклад, прийняття рішень), сексуальна функція, туалет, пересування, нетримання сечі і/або фекалій, хода і мобільність тощо [7].

У світовій практиці відновного лікування (реабілітації) для набуття оптимальної самостійності в житті пацієнта після інсульту провідне місце займає мультидисциплінарний підхід, який передбачає участь декількох фахівців: фізичного терапевта (фізичного реабілітолога), який забезпечує відновлення рухових функцій, ерготерапевта (забезпечує відновлення функцій верхньої кінцівки (кисті) й адаптує до повсякденної діяльності), мовленнєвого терапевта, тобто логопеда (відновлення мови і ковтання), медичного психолога (слідкує за психологічним станом пацієнта і не допускає депресії). Закордоном ерготерапія застосовується давно і є логічним продовженням процесу фізичної терапії [4].

Ерготерапія застосовується з метою формування, відновлення, компенсації, пристосування можливостей людини виконувати повсякденну діяльність в сфері самообслуговування, переміщення, роботи, навчання та дозвілля, незалежно від віку і статі після перенесеного інсульту. Ми виявили, що в Україні ерготерапія є недостатньо висвітлена у літературі та потребує подальшого вивчення і наукового обґрунтування.

Мета дослідження – розглянути особливості застосування ерготерапії в реабілітації хворих з перенесеним інсультом.

Результати дослідження та їх обговорення. Інсульт – синдром, що характеризується раптовим розвитком неврологічного дефіциту, який зберігається не менш, ніж 24 години, і зумовлений вогнищевим ураженням центральної нервової системи внаслідок порушення мозкового кровообігу.

Перенесений інсульт часто супроводжується повною або частковою втратою тієї чи іншої функції або їх у комплексі. В цілому, після інсульту може відзначатися п'ять типів порушень функцій головного мозку: параліч кінцівок або деяких частин тіла, сенсорні порушення, проблеми з мовленням та її розумінням, проблеми з пам'яттю, мисленням, емоційні порушення [4,1].

Саме при цих порушеннях пацієнт потребує не тільки фізичної терапії, а й ерготерапії. Основними проблемами осіб з інсультом, з якими працюють ерготерапевти та фізичні терапевти, є:

- слабкість (геміпарез) чи параліч (геміплегія), що може переважати у всій половині тіла чи тільки в руці або нозі;
- спастичність, скутість у м'язах, болісні м'язові спазми;
- порушення координації або рівноваги;
- неуважність чи сенсорне ігнорування однієї сторони тіла (неглект);
- біль, оніміння чи порушення чутливості;
- проблеми з пам'яттю, мисленням, увагою та навчанням;
- важкість у виконанні повсякденних дій побутового характеру (самообслуговування) [7].

У пацієнтів, які перенесли інсульт, ерготерапія починається на стаціонарному етапі. Для проведення занять у відділеннях повинні бути навчальні приміщення, в яких відтворюється обстановка кухні, туалету, ванної кімнати, де хворі навчаються побутовим навичкам, а також спеціалізовані трудові майстерні в реабілітаційних підрозділах. Заняття можуть проходити як в індивідуальній формі (навчання навичкам вставання, утримання рівноваги, вміння одягнути себе тощо), так і в групі (різні ігри, творчі завдання - в'язання, ліплення, спів тощо). Тренування щодо покращення персональних навичок повсякденної активності рекомендовані всім пацієнтам, що перенесли інсульт, залежно від індивідуальних потреб і з урахуванням функціонального дефіциту, можуть починатися вже в гострому періоді інсульту (залежно від стану хворого). Рекомендована тривалість занять, що проводяться щодня або через день, становить 20-40 хв [3].

Ерготерапія – це міждисциплінарна методика, в центрі якої стоять потреби пацієнта бути активним, функціональним, пристосованим і задоволеним життям. Фахівці з ерготерапії відіграють ключову роль у відновленні втрачених функцій

пацієнта та поверненні його до соціуму, продуктивної активної діяльності. Вони заохочують, розвивають, відновлюють та підтримують навички, необхідні для незалежного функціонування та благополуччя в повсякденній діяльності особи з інсультом [6]. Фізичний терапевт, працюючи з загальними порушеннями, має на меті відновлення функції, а ерготерапевт, адаптуючи до повсякденного життя, виводить пацієнта на рівень участі по Міжнародній класифікації функціональності (МКФ), з урахуванням наявних фізичних обмежень постінсультних осіб [4].

Важливими завданнями фізичної терапії є покращення якості життя, повернення людини до звичайної діяльності, можливість не тільки самостійно обслуговувати себе, а й урізноманітнити своє дозвілля і навіть почати працювати. Саме ерготерапія покликана реалізувати ці завдання. Навчання щоденним побутовим видам діяльності, спрямованим на самообслуговування, починається в гострому періоді, коли хворий знаходиться в ліжку. Використовують рухи здорової сторони, які збереглися, поступово, при появі активних рухів в ураженій стороні, їх включають у діяльність (головним чином, як допоміжні). В подальшому ерготерапевт вирішує конкретні проблеми, які виникають у людини в процесі виконання якихось звичайних дій. Щоб виявити їх, він може попросити виконати якесь завдання – написати, намалювати, відкрити пляшку або зав'язати шнурки на черевиках. Спостерігаючи за виконанням завдання, ерготерапевт визначає труднощі й обмеження у виконанні дії пацієнтом. Тобто, ерготерапія – це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, спрямована на тренування дрібної моторики, координації, чутливості, вона включає в себе знання з декількох спеціальностей – психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії, що є важливим при роботі з пацієнтами, які перенесли інсульт. За допомогою ерготерапії відновлюються й удосконалюються не тільки рухові, а й когнітивні й емоційні можливості. Отже, ерготерапевта цікавить не тільки стан пацієнта і характер його захворювання, має значення все – оточення людини, спосіб її життя до хвороби, особисті схильності та захоплення, рівень інтелекту тощо.

Залежно від причини виникнення інсульту, а також особливостей стану хворого, його функціональних можливостей, рухового досвіду, віку, статі, склад фахівців, добір методів і засобів будуть також іншими, тобто реабілітація хворих потребує індивідуального підходу до пацієнтів, з урахуванням їхньої реакції на використання фізичних навантажень.

Реабілітація не завжди ліквідовує наслідки інсульту. Її метою є покращення можливостей та впевненості пацієнта, щоб він міг продовжувати свою нормальну повсякденну діяльність, незважаючи на порушення [2].

Як і у фізичній терапії, процес побудови роботи у ерготерапії базується на ключових принципах побудови реабілітаційної програми, важливою складовою якої є обстеження. Ерготерапія базується на первинному та повторному оцінюванні стану пацієнта, що дає можливість оцінити рівень його можливостей до та після курсу реабілітації [2].

Процес оцінювання включає застосування стандартних процедур і методів обстеження, інтерв'ю, тестування, важливою складовою є спостереження в різних умовах та консультації з людьми, які відіграють важливу роль у житті

пацієнта. Результати оцінювання є основою планування, що включає коротко- та довгострокові цілі терапії. Планування повинне відповідати можливостям людини, її звичкам, ролям, перевагам способу життя й оточуючого середовища.

Ерготерапевт працює на запит пацієнта, виконання потрібної йому діяльності, та, визначивши вид діяльності, сприяє відновленню функцій і (або), пристосовує до дисфункцій, адаптовує до середовища, підбирає технічні засоби реабілітації, якщо в цьому є потреба. При інсультах часто спостерігаємо, що уражена кінцівка не здатна виконувати свою функцію. Ерготерапевт навчає виконувати певну діяльність здоровою кінцівкою, тобто адаптовує пацієнта, як він зможе виконувати побутову чи професійну діяльність [4].

Що робитиме пацієнт під час проходження курсу фізичної терапії залежить від того, що йому потрібно, щоб стати незалежним. Він може працювати над покращенням своєї незалежності в багатьох галузях:

- навики самообслуговування, наприклад, прийняття їжі, розчісування, прийняття ванни або одягання;
- рухові навички, такі як переміщення в ліжку, ходьба або їзда в інвалідному візку;
- когнітивні навички (пам'ять або вирішення завдань чи проблем);
- соціальні навички для взаємодії з іншими людьми .

Інсульт змінює якість життя хворого і висуває перед ним нові проблеми (пристосування до дефекту, зміна професії, поведінка в сім'ї та інші). Ці проблеми пов'язані зі значними труднощами для хворого. Сприяння в їх подоланні або компенсації є одним із головних завдань ерготерапії.

Для тренування, компенсації чи вдосконалення нових навичок після перенесеного інсульту в арсеналі ерготерапії є багато засобів, серед яких найбільш часто застосовують деякі чи всі наступні реабілітаційні втручання:

1. Позиціонування — це викладання пацієнта у фізіологічно правильне положення, оскільки нерухомість хворого в гострому періоді інсульту є однією з причин багатьох ускладнень, таких як відлежани, тромбоз глибоких вен, пневмонія, депресія тощо [5].

2. Дихальні втручання — це маніпуляції та фізичні вправи з акцентом на дихання, метою яких є покращення вентиляції легень, виведення секретії та підвищення рухливості грудної клітки, що запобігає дихальним порушенням та зменшує їх.

3. Тренування мобільності — це заняття, що націлені на тренування навиків переміщення в ліжку (повертання на бік, сидання) та ходьби як по прямій поверхні, так і через перешкоди чи по сходах. Тренування може також включати навчання правильного використання допоміжних пристроїв для ходьби, наприклад, рами чи палиці.

4. Вправи на покращення координації й утримання рівноваги. Для навчання пацієнта навичкам самообслуговування необхідним є утримання рівноваги і координації в різних положеннях. Тому паралельно з навчанням основним руховим навичкам використовуються вправи для тренування рівноваги й утримання пози після адаптації до вертикального положення. Цього навчає фізичний терапевт. Ерготерапевт навчає як утримати позу і рівновагу

сидячи, при виконанні, наприклад, побутової дії (перекласти предмет з одного кінця столу в інший). Наступним кроком може бути переведення пацієнта в положення стоячи, тренування рівноваги в цьому положенні та індивідуальний підбір засобів пересування для ходьби із засобом пересування та подолання бар'єрів середовища, чого також навчає фізичний терапевт, а ерготерапевт навчає як правильно застосувати ці вміння у повсякденному житті, побуті, соціумі тощо [7].

5. Відновлення амплітуди рухів відбувається шляхом виконання активних чи пасивних вправ чи інших методик, щоб допомогти зменшити тонус м'язів (спастичність) і відновити діапазон руху.

6. Силове тренування передбачає використання вправ, які допоможуть покращити м'язову силу й координацію.

7. Заняття на дрібну моторику включає заняття, спрямовані на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції з предметами). Важливо, щоб пацієнт робив ту діяльність, яку виконує вдома: розвішує речі на прищепки, відкорковує пляшку, вишиває тощо.

8. Сенсорне тренування — це різноманітний вплив на всі органи відчуття, спрямований на відновлення сприйняття схеми тіла, чутливості ураженої половини тіла та зменшення наслідків синдрому ігнорування (неглекту). Потрібно тренувати пропріоцептивну чутливість шляхом виконання завдання чи руху з закритими очима й ураженою кінцівкою, щоб пацієнт озвучував, що він робить і що відчуває. При неглекті ерготерапевт, працюючи з пацієнтом після інсульту, розташовується збоку ураженої сторони пацієнта, щоб при взаємодії пацієнт не ігнорував уражену сторону.

9. Когнітивне тренування допомагає покращити пам'ять, мислення, увагу чи зменшити прояви апраксії. Ерготерапевт дає завдання, де пацієнт має скласти картинку, провести асоціацію, додати цифри. При виконанні всіх завдань залучаємо пацієнта розумово, наприклад, при розвитку дрібної моторики запитуємо якого кольору предмети, з якими він працює, скільки їх, якої форми, матеріалу, для чого вони потрібні тощо.

10. Дзеркальна терапія допомагає відновити рухову функцію ураженої кінцівки на основі отриманої сенсорної інформації (через зір та пропріорецепцію) про активність паретичної кінцівки.

11. Ортезування — підбір та правильне використання пластикового фіксатора для стабілізації та підвищення сили верхньої чи нижньої кінцівки (ортез).

12. Мобілізація лопатки включає пасивні та активні вправи для стабілізації та відновлення рухливості плечового поясу та профілактики чи зменшення сублюксації плеча. Виконується зовнішня ротація у поєднанні з осьовим навантаженням, велика кількість повторень рухів. При необхідності призначається бандажування.

13. Методика тимчасового обмеження активності неураженої кінцівки, або терапія примусового використання, включає обмеження використання здорової кінцівки під час тренування функції ураженої кінцівки. Це примусове залучення пошкодженої руки або ноги може допомогти поліпшити її функції.

Оскільки пацієнти часто намагаються допомогти в роботі ураженою рукою, ця практика допомагає їм зосередитись на виконанні певної дії ураженою рукою.

14. Відновлення навиків самообслуговування передбачає перенавчання навиків чи оволодіння новими стратегіям догляду за собою (одягання, вмивання) чи за близькими (приготування їжі, прибирання) та проведення активного дозвілля й відпочинку (хобі, творчі заняття).

15. Адаптація оточуючого середовища чи помешкання — важлива складова для підвищення рівня безпеки та функціональної незалежності пацієнта з інсультом.

16. Кінезіологічне тейпування — накладання еластичної клейкої стрічки для зменшення набряку чи болю, а також для стимуляції активного руху в паретичних кінцівках.

17. Роботизовані технології — використовують автоматизовані пристрої, щоб допомогти ураженим кінцівкам у виконанні повторюваних рухів, допомагаючи відновленню сили і функції.

18. Віртуальна реальність — нова комп'ютеризована терапія, що включає взаємодії з моделюванням середовища у реальному часі [2].

Не обов'язково використовувати лише один з вищеперерахованих засобів, їх можна поєднувати і змінювати, залежно від досягненої мети, враховуючи зміни симптомів, стан пацієнта та функціональну можливість.

Готуючи пацієнта до виписки зі стаціонару, ерготерапевт повинен бути впевнений, що хворий зможе обслуговувати себе вдома.

Для корекції психоемоційного стану проводяться бесіди з пацієнтами, акцентуючи увагу на самостійності та самообслуговуванні. Також позитивний вплив на пацієнтів має спілкування з особами, які перенесли інсульт раніше і перебували в цьому відділенні на другому етапі лікування та реабілітації. Вони діляться своїми переживаннями, своїм руховим досвідом, який здобули у процесі ранньої фізичної реабілітації, та демонструють навички самообслуговування, які дозволили їм стати незалежними від оточення [3].

Якщо пацієнти не можуть самостійно виконувати якусь побутову діяльність, фахівці з ерготерапії допомагають їм облаштувати своє помешкання для підвищення рівня безпеки, усунення бар'єрів, що сприятиме функціональній активності, наприклад, пристосування ванної кімнати по потреб людини, яка користується інвалідним візком (установка поручнів), встановити додаткові поручні в туалеті, ванній кімнаті, коридорі, прибрати пороги, переставити меблі, створення адаптованих столових приборів для самостійного харчування, самообслуговування (прибирання, догляду за собою, використання альтернативного методу одягання сорочки, шкарпеток тощо) [7].

Компенсація або адаптація є невід'ємною та творчою частиною ерготерапії, яка дає можливість людям брати участь у повсякденному житті, незважаючи на обмежені можливості свого організму. За відсутності необхідної функції організму, людина використовує додаткові засоби та адаптовані способи виконання дій [4,1].

Після виписки зі стаціонару пацієнти знаходяться під наглядом ерготерапевта. В іноземній літературі зазначено, що з метою полегшення

повернення пацієнта в домашні умови та соціум ерготерапевт виїжджає до пацієнта і з'ясовує, чи зможе хворий обслуговувати себе в домашніх умовах, інструктує опікунів чи родичів про можливі способи реорганізації саме їх індивідуального приміщення на запит пацієнта і його можливості. Для родичів/опікунів проводиться інструктаж про правильний догляд за пацієнтом з метою профілактики ускладнень: відлежін, застійних явищ у легенях, контрактур, а також як правильно переміщувати і страхувати при переміщенні [7].

Отже, кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людини, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті [3].

Висновок Інсульт часто супроводжується втратою тієї чи іншої функції або їх у комплексі. Пацієнти з перенесеним інсультом заново адаптуються до суспільства, повсякденного життя, вчаться самообслуговуванню, продуктивної активної діяльності. У відновленні втрачених функцій пацієнта та поверненні його до соціуму фахівці з ерготерапії відіграють ключову роль, яку в подальшому ми плануємо дослідити.

Список використаних літературних джерел:

1. Brain Reorganization, Recovery and Organized Care [Електронний ресурс] / Stroke Rehabilitation Clinician Handbook. 2016. / Режим доступу: http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%202_Brain%20Reorganization%2C%20Recovery%20and%20Organized%20Care.pdf.
2. International Handbook of Occupational Therapy Interventions / Ed. by Suderback Ingrid. Springer. 2009. 553.
3. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. American Journal of Occupational Therapy. 2002. № 56. 609-639.
4. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disabling and in Clinical Setting: book. [J. Geogrey M, Lux, Reed, and oth.] NY: 2011. 122–131
5. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антидор. 2000. 368.
6. Ерготерапія і життєдіяльність [Електронний ресурс]. 2013. / Режим доступу: <http://www.ergoterapia.wordpress.com/2013/01/30/ерготерапія-і-життєдіяльність>.
7. Рокошевська В.В. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового геморагічного інсульту в умовах стаціонару. Методичний посібник. Л.: ПП. Сорока Т. Б., 2010. 96.