

ИНЕЗИОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Абдуллаева Д.Т., Никитенко Е.В., Азимок О.П.

Гомельский государственный медицинский университет, кафедра физического воспитания и спорта, г. Гомель

Ключевые слова: кинезиотерапия, реабилитация.

Резюме: в статье рассмотрены реабилитационные мероприятия по увеличению объема движения и улучшения качества жизни пациентов с тяжелыми двигательными нарушениями. Исследованы пациенты разной возрастной группы, в связи с чем были подобраны индивидуальные методики. В ходе был выявлен положительный эффект кинезиотерапии.

Resume: the article considers rehabilitation measures to increase the volume of movement and improve the quality of life of patients with severe motor disorders. Patients of different age groups were studied, in connection with which individual methods were selected. The positive effect of kinesiotherapy was revealed in the course of the study.

Актуальность. Восстановление пациентов с тяжелыми двигательными нарушениями должна включать комплексность реабилитационных мероприятий.

Проблему восстановления двигательной функции необходимо рассматривать в двух аспектах — нейрофизиологическом (восстановление конструкции движения) и психосоциальном (восстановление самообслуживания, приспособление к дефекту, когда восстановление невозможно). Оба аспекта очень важны для больного и требуют специфичных методов воздействия. Так важная роль придается изменению поведенческой стратегии больных, что позволяет даже при сохранности двигательного дефекта достигнуть лучшей адаптации [1].

Основные принципы медико-социальной реабилитации больных с двигательными нарушениями основываются на Международной классификации функционирования (МКФ) и включают в себя комплексность, этапность, индивидуальность, мультидисциплинарный подход. Двигательная реабилитация является одним из базовых методов комплексного лечения пациентов с неврологическими заболеваниями. Она состоит из таких разделов, как механотерапия, кинезиотерапия, лечебный массаж, позиционная терапия. Кинезиотерапия в свою очередь включает специальные индивидуально подобранные методики лечебной гимнастики, применение специальных корригирующих поз, а также занятия на специальных аппаратах, таких как имитатор ходьбы Имитрон и кинезиотерапевтическая установка Экзарта [2].

Цель: оценка эффективности кинезиотерапевтического комплекса реабилитации пациентов с тяжелыми двигательными нарушениями.

Задачи:

1. Статистическая обработка данных;
2. Установить, есть ли положительный клинический эффект при комплексной двигательной реабилитации;
3. Провести анализ достоверности эффективности кинезиотерапии.

Материал и методы. Исследование проходило на базе Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов отечественной войны. Всего было обследовано 23 человека, в том числе 18 мужчин и 5 женщин. Нозологически представлены пациенты: с последствиями нарушений мозгового кровообращения по геморрагическому типу в позднем восстановительном периоде (10 человек), имеющих спинальные травмы (8 человек), с последствиями черепно-мозговой травмы (5 человек). Возраст пациентов составлял от 24 до 55 лет. Реабилитационное лечение длилось 22 дня. Использовались методики кинезиотерапии, а также эрготерапевтические подходы: раннее и постоянное вовлечение руки в повседневную деятельность, при умывании - опора на край раковины, удерживание тюбика зубной пасты, при одевании – продевание руки в рукав, при мытье – удержание мочалки и мытье здоровой руки, при приеме пищи – рука на столе / придерживает тарелку / удержание двумя руками стакана / использование специальных столовых приборов.

Перечень используемых спортивно-прикладных средств: подушка массажная на сиденье 40 см, платформа массажная, подушка массажная 60 см, платформа массажная, массажный валик под шею, коврик массажный, мяч для оздоровительной гимнастики 45-75 см, подушка балансирующая 16-18,5 см.

Результаты и их обсуждение. После курса реабилитации положительная динамика наблюдалась у всех пациентов по следующим показателям: мышечная сила, мышечный тонус, интенсивность болевого синдрома, физические возможности, мобильность, повседневная активность по шкале Бартел, самообслуживание. Наиболее значимое достоверное улучшение ($p < 0,05$) отмечено при оценке физических возможностей (58,33% до лечения и 69,96% после лечения), мобильности (с 44,61 до 58,65%) и повседневной активности по шкале Бартел (с 59,24 до 74,42%) (таблица 1).

Таблица 1 – Наиболее значимые показатели

Показатель	До лечения (%)	После лечения (%)
Физические возможности	58,33	69,96
Мобильность	44,61	58,65
Повседневная активность по шкале Бартел	59,24	74,42

В целом мобильность возросла у 19 (85%) пациентов, увеличение повседневной активности отмечено у 17 (78%) пациентов, увеличение физических возможностей — у 16 (74%) из 23 пациентов, снижение мышечной спастичности — у 14 (67%) человек, увеличение мышечной силы — у 13 (63%) человек, снижение болевого синдрома — у 7 (41%) человек, увеличение самообслуживания не наблюдалось ни у одного пациента.

Выводы:

1. Установлен положительный клинический эффект комплексной двигательной реабилитации;
2. Результаты по оценке эффективности кинезиотерапии признаны достоверными.

Литература

1. Демиденко, Т. Д. Основы реабилитации неврологических больных / Т. Д. Демиденко, Н. Г. Ермакова. – Изд-во.: Фолиант, 2004. – 304 с.
2. Кравцов, Ю. И. Эффективность комплексной кинезиотерапии у пациентов с тяжелыми двигательными нарушениями / Ю.И. Кравцов, В.А. Бронников, А.В. Вильдеман, Ю.А. Мавликаева, К.А. Складная. – Изд-во.: Медицина, 2016. – С. 49–50.