

ЭРГОТЕРАПИЯ

С.Г. Горелик, докт. мед. наук, **А.Н. Ильницкий**, докт. мед. наук, проф., **С.С. Султанова**

Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Институт повышения квалификации
Федерального медико-биологического агентства

E-mail: A-ilnitski@yandex.ru

Представлены анализ литературы и собственный опыт эрготерапии, которая путем применения специальных приспособлений и упражнений способствует повышению эффективности простых действий (умывание, пользование туалетом, уход за собственным телом и пр.) и выполнению более сложных (например, ведение домашнего хозяйства).

Ключевые слова: реабилитация, эрготерапия, гериатрический пациент.

Ключевое понятие современной гериатрии и реабилитации пациента пожилого и старческого возраста – функциональная способность, характеризующая состояние здоровья такого пациента на фоне его взаимодействия с окружающей средой. Например, если при выраженных нарушениях передвижения пациент пользуется самодвижущимся креслом-коляской, это значительно улучшает его функциональную способность. Надо отметить, что не всегда она радикально повышается при улучшении среды. Нередко многое зависит от правильно проведенной реабилитации (например, при постинсультных расстройствах, после травм, при выраженных костно-суставных изменениях). В таких случаях большое значение приобретает дополнение традиционных реабилитационных мер – кинезотерапии, применения аппаратных и преформированных физических факторов, психотерапии и пр. – эрготерапевтическими мероприятиями [1].

Эрготерапия – научно обоснованная практика использования специальных приспособлений и упражнений в целях улучшения функциональной способности при простых действиях (умывание, пользование туалетом, уход за собственным телом и пр.), более сложных (ведение домашнего хозяйства, поход в магазин, выгуливание собаки), для поддержания возможного уровня функциональности при эрготерапевтических мероприятиях, при организации досуга, отдыха и сна (часть эрготерапевтической программы ориентирована на мотивацию пациента к максимально активному досугу при его состоянии здоровья, а также к обеспечению рационального отдыха и сна, что важно для успешного решения задач эрготерапевтического вмешательства) [2].

Конечная цель эрготерапии в гериатрической практике – максимально возможное возвращение пациента пожилого и старческого возраста к привычному для него стилю жизни, несмотря на имеющиеся ограничения в передвижении, снижение когнитивных функций, возрастные изменения органов и общее снижение функциональной способности.

В процессе эрготерапевтической помощи решаются следующие задачи: дополненная комплексной гериатрической оценкой традиционная диагностика, направленная на: оценку уровня независимости в повседневной жизни, способности к определенным видам трудовой деятельности, организации своего времени; выявление уровня функционирования; определение потенциальных возможностей для восстановления или улучшения конкретных функций (например, при постинсультном парезе); выделение конкретной цели эрготерапевтической помощи (например, обеспечение способности самостоятельно умываться); планирование эрготерапевтических мер в зависимости от поставленной основной цели; промежуточный и окончательный контроль достигнутой цели [3].

Основной инструментарий эрготерапии – статические и динамические ортезы; разнообразные средства для передвижения; искусственные захваты-вающие устройства; адаптивные устройства; устройства, которые моделируют хозяйственные или бытовые приспособления (плита, выключатели, предметы кухонной утвари или ванной комнаты) [4].

Для грамотного определения целей эрготерапевтического вмешательства используют комплексную гериатрическую оценку (гериатрический осмотр), в которой применяют ряд опросников и шкал. В своей практической деятельности мы определяем степень способности к передвижению, степень нарушения питания (синдром мальнутриции), когнитивные способности, моральное состояние пациента, уровень независимости в повседневной жизни [4].

Степень способности к передвижению можно определить с помощью шкалы «Оценка двигательной активности у пожилых» – «Functional mobility assessment in elderly patients», состоящей из 2 частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы. Применение данной шкалы позволяет объективно оценить путем непосредственного измерения пара-

метры двигательной активности, которые больше всего изменяются с возрастом: общую устойчивость и изменения походки, которые усугубляются после оперативного лечения.

Степень нарушения питания (синдром мальнутриции) устанавливают с помощью опросника «Mini nutritional assessment» (MNA), состоящего из 2 частей: 1-я часть позволяет получить информацию о физических данных, изменяющихся при синдроме мальнутриции или сопутствующих ему заболеваниях; применяя 2-ю часть, получают информацию о регулярности и качестве питания, факторах, которые могут влиять на пищевое поведение.

Когнитивные способности оценивают по опроснику «мини-исследование умственного состояния» (тест «Mini-mental state examination»). В гериатрии именно этот опросник имеет большое значение при планировании эрготерапевтического вмешательства, так как конкретный объем мероприятий необходимо планировать в зависимости от степени когнитивного снижения. Оценка морального состояния пациента, чувства удовлетворенности собой производится по опроснику «Philadelphia geriatric morale scale». Важный диагностический тест – оценка степени независимости пациента в повседневной жизни с помощью шкалы Бартела. Нами разработана компьютерная программа, которую можно использовать для диагностики в целях эрготерапии (сайт www.gerontolog.info, раздел «Библиотека», подраздел «Наши проекты»).

Эрготерапевтические мероприятия в гериатрической практике нередко начинаются в послеоперационном периоде, например у пациентов после ампутаций нижних конечностей; к тренировке опорной функции культи приступают на 2–3-й день после снятия швов: вначале применяют легкие массажные похлопывания и поглаживания культи; затем больной, сидя в постели, имитирует механическую нагрузку на поддерживающую плоскость кровати, ходьбу, сам массирует культю (ее опорную поверхность) [5].

Согласно нашему опыту, основная задача лечебной физкультуры и эрготерапии у пожилых пациентов после ампутаций – сформировать новые двигательные навыки, наиболее полно реализующие функциональные возможности той или иной конструкции искусственной конечности.

Много внимания уделяется формированию культи. Культи должна быть правильной формы, безболезненной, опороспособной, сильной, устойчивой к нагрузке. Поэтому подготовка культи к протезированию – длительный реабилитационный процесс с постоянно увеличивающейся нагрузкой; его цель – увеличить опороспособность и мышечную массу культи, восстановить чувство контроля, развить мышечно-суставное чувство.



Рис. 1. «Устройство для реабилитации», установленное на ходунки, и подушки разной жесткости

Тренировка культи на опорность вначале заключается в надавливании ее концом на мягкую накладку, затем — на накладки разной плотности (мягкую, средней жесткости, жесткую). Мягкая накладка сделана из поролона, средней жесткости – из гречневой крупы и песка, жесткая – из войлока. Смена накладки на более жесткую производится после достижения устойчивого результата (отсутствие болевых ощущений при опоре на культю и трофических нарушений в области наибольшей нагрузки). Вначале длительность такой тренировки – 2 мин, доводят ее до ≥ 15 мин. Непосредственно перед протезированием с целью тренировки стояния и ходьбы больного учат стоять с равномерной опорой на обе конечности, переносить вес тела во фронтальной плоскости на культю с помощью «Устройства для реабилитации» (рис. 1). Предложенное нами «Устройство для реабилитации» позволяет оптимизировать реабилитационный процесс и эрготерапию у пациентов после ампутаций нижних конечностей, повышая мотивацию пациента к самостоятельной независимой подготовке культи к протезированию. Оптимизация реабилитационного процесса с применением «Устройства для реабилитации» способствует более раннему протезированию с формированием устойчивого результата, улучшению качества жизни пациента.

В период подготовки к протезированию много внимания уделяется упражнениям по увеличению силы и выносливости мышц верхнего плечевого пояса и общеукрепляющим упражнениям, так как при ходьбе на ходунках основная нагрузка приходится на руки. Перегрузка оставшейся ноги ведет к развитию плоскостопия, поэтому необходимы упражнения, направленные на укрепление мышечного и связочного аппарата стоп.

Эрготерапия – комплексное вмешательство; для ее успеха надо учитывать психологические особенности пациента. Для пациентов пожилого и старческого возраста нередко характерны ощущение

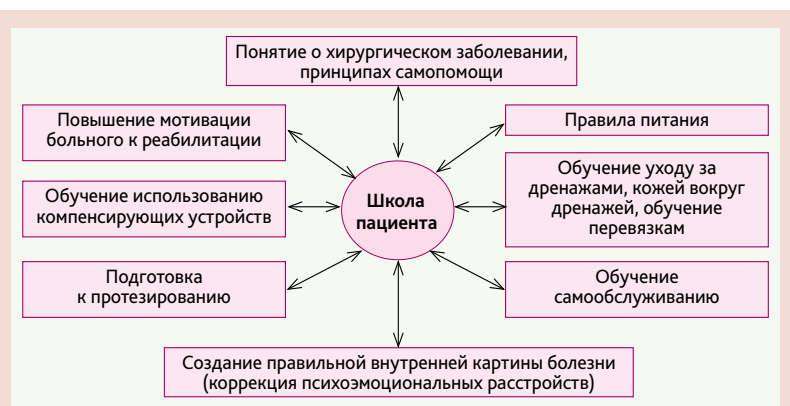


Рис. 2. Содержание занятий в Школе пациента

безразличия, пессимизм, снижение интереса к событиям, происходящим за пределами дома, постоянное чувство одиночества. Поэтому целями эрго- и психотерапии в отношении пациентов старших возрастных групп является их адаптация к условиям окружающей действительности, повышение самооценки, усиление независимости, восстановление стимулов к жизни. Основные задачи психологического консультирования в процессе занятий эрготерапией – оценка существующих у пациента психологических проблем и их коррекция, для чего нередко необходима работа выездных консультантов разных профилей (в составе бригады) [6].

Важное сопровождение эрготерапии – реализация медико-образовательных программ в Школе пациента (рис. 2). Для хирургических пациентов с ампутированными конечностями мы проводили занятия в Школе пациента по следующей схеме (см. рис. 2).

Программа занятий:

1. Формирование у пациента правильного представления об имеющемся хирургическом заболевании, основных возможных осложнениях, разъяснение принципов самопомощи в неотложных ситуациях.

2. Разъяснение правил питания.

3. Обучение использованию компенсирующих устройств (ходунки, костыли, мочеприемники, калоприемники, холецистостомы).

4. Обучение уходу за дренажами, за кожей вокруг дренажей, перевязкам.

5. Обучение самообслуживанию.

6. Создание правильной внутренней картины болезни (коррекция психоэмоциональных расстройств). Учитывая, что в лечении депрессивных состояний у больных старших возрастных групп лучше не использовать антидепрессанты, мы в Школе пациента применяли методы поведенческой психотерапии, трудотерапии.

7. Повышение мотивации больного к реабилитации и эрготерапии – один из видов психотерапевтического воздействия; при возможности использовались методы рациональной малой

психотерапии, групповой психотерапии. Занятия в группах, а не в индивидуальной форме повышало активность пациентов, которые с интересом обсуждали цели и программу восстановительного лечения. План процедур составлялся таким образом, чтобы они не вызывали у больных физического переутомления.

Дополнение реабилитационных программ в гериатрии специальными мерами эрготерапии дает высокие медицинские, социальный и экономический эффекты [7]. Медицинский эффект заключается в купировании/уменьшении степени выраженности у пациентов старших возрастных групп таких гериатрических синдромов, как синдромы нарушения походки и устойчивости, морального состояния, недостаточности питания, когнитивных нарушений.

Социальный эффект – повышение степени независимости от постоянной посторонней помощи и качества жизни.

Экономический эффект – уменьшение экономических затрат, числа лет неполноценной жизни, снижение степени инвалидности.

Значительная эффективность эрготерапевтических программ свидетельствует о важности дальнейшего развития этого направления в нашей стране, целесообразности обучения средних медицинских работников мерам и приемам эрготерапии.

Литература

1. Клячкин Л.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: руководство для врачей. Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков. М.: Медицина, 2000; 175.
2. Ильницкий А.Н. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии. А.Н. Ильницкий, К.И. Процаев. Геронтология. 2013; 1 (1): 408–12.
3. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие. Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Л.А. Семенов. Под ред. Б.В. Кабарухина. 7-е изд. Ростов на Дону: Феникс, 2012; 475.
4. Ильницкий А.Н. Специализированный гериатрический обзор. А.Н. Ильницкий, К.И. Процаев. Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. 2012; 4–5: 66–84.
5. Медицинская реабилитация: учеб. пособие. Под ред. В.А. Епифанова. М.: МЕДпресс-информ, 2005; 328.
6. Процаев К.И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: учеб.-метод. пособие. Под ред. К.И. Процаева. М., Белгород, 2012; 172.
7. Медицинская реабилитация. Кн. I. Под ред. В.М. Боголюбова. Изд. 3-е, испр. и доп. М.: БИНОМ, 2010; 416.
8. Матюхина Е., Голубева В., Дровникова Л., Якушин М. и др. Клинико-лабораторные аспекты феномена долгожительства. Врач. 2015; 6: 3–6.

ERGOTHERAPY

S.G. Gorelik, MD; Prof. A.N. Ilnitsky, MD; S.S. Sultanova

Gerontology Research Medical Center, Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

The authors analyze the data available in the literature and their own experience with ergotherapy that, through special devices and exercises, enhances the effectiveness of simple (washing, toileting, own self-care, etc.) and more complex (housekeeping) actions.

Key words: rehabilitation, ergotherapy, elderly patient.