

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ПОЗДНЕМ РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В. А. Исанова

Республиканский центр реабилитации инвалидов с детства (главврач — к. м. н. В. А. Исанова)
Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Реферат. В условиях специализированного центра реабилитации комплексное лечение, включая метод кондуктивной педагогики по Пето, обеспечило удовлетворительный результат при диплегической и спастико-ригидной формах и сравнительно слабый эффект лечения при гиперкинетической форме.

ЦЕРЕБРАЛЬ ПАРАЛИЧНЫҢ СОНҖЫ ЧОРЫНДАҖЫ АВЫРУ БАЛАЛАР ӨЧЕН ИНДИВИДУАЛЬ ФИЗИК РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРОГРАММАСЫ

В. А. Исанова

Церебраль паралич авыруының төрле формаларын реабилитацияләү үзәгендә комплекслы дәвалау ысуллары тудырылды.

INDIVIDUAL PROGRAM OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH INFANTILE CEREBRAL PARALYSIS LATE IN RESIDUAL PERIOD OF THE DISEASE

V. A. Isanova

Summary. In conditions of the specialized rehabilitation center the combined treatment including the Peto's conductive pedagogy method provides the satisfactory result in diplegic and spasticorigid forms and comparatively weak effect of the treatment in hyperkinetic form.

Лечение больных детским церебральным параличом (ДЦП) может привести к положительным результатам, если оно начато в ранние сроки заболевания и проводится комплексно, систематически, на протяжении длительного периода времени. В поздней резидуальной стадии заболевания добиться хороших результатов с улучшением двигательной активности и социальной адаптацией больных — наиболее актуальная задача современной реабилитологии. Это определяет поиск новых подходов и методов, направленных на оптимизацию лечебных воздействий.

Целью нашей работы была разработка принципов такого комплексного лечения с использованием индивидуальной программы физической реабилитации, включающей элементы кондуктивной педагогики по Пето.

Обследованы 180 больных в возрасте от 15 до 34 лет, страдающих ДЦП в поздней резидуальной стадии. 20 из них вошли в контрольную группу с аналогичными по характеру двигательными расстройствами, но не леченных по индивидуальной программе. В 1-й группе больные ходили самостоятельно, во 2-й — с помощью палочки, в 3-й — с помощью костылей, в 4-й — ходить не могли.

Лечение больных основной группы (160) включало тренировку статико-динамической устойчивости, физические воздействия с целью снятия влияния чрезмерных тонических рефлексов и уменьшения гиперкинезов, увеличения координирующей деятельности анализаторных систем и амплитуды движений в суставах, обучения жизненно важным бытовым и посильным производственным навыкам. Для каждого больного составлялась индивидуальная программа.

Лечебно-реабилитационная программа сочетала обязательные и факультативные средства физической реабилитации, применяемые этапно и комплексно. В программу индивидуальной физической реабилитации вошли основные средства лечебной физкультуры, включая кинезиотерапию, постизометрическую релаксацию, ходьбу, лечение положением на подвесных устройствах, механотерапию на многопрофильных тренажерах. Отрабатывались движения в индивидуальной гимнастике с тренингом кинестетического чувства или механотерапия на фоне основных средств ЛФК с привлечением принципов кондуктивной педагогики. Был использован метод кондуктивной педагогики применительно к задачам реабилитации в условиях лечебного учреждения, предназначенного для лечения больных с ДЦП в поздней резидуальной стадии. Подбор индивидуальных двигательных комплексов имел целью приближение тренируемых движений к модели повседневных двигательных актов, необходимых для самообслуживания, обеспечения максимальной независимости в быту и обществе. Использование принципа кондуктивной педагогики предполагало активное участие самого больного в системе реабилитации.

Лечебную гимнастику проводили в группах, а также индивидуально в комплексе с другими средствами реабилитации с учетом формы ДЦП, его тяжести, преобладания тех или иных трудностей в выполнении двигательного акта. Отмечен особый эффект лечебной гимнастики в «сухом» бассейне, где воду заменяют пластиковые шарики (тренажер английского производства). Лечение положением на подвесных устройствах, а также с помощью фиксаторов входило в программу физической реабилитации после кинезиотерапии. В ней использовались разнообразные варианты тренинга ходьбы с соблюдением принципа «от простого к сложному».

В основу социально-бытовой программы были положены главные фрагменты обычных каждодневных функций больного, обеспечивающих его повседневную жизнедеятельность, а именно возможности самостоятельного приема пищи, ухода за жильем, одеждой, способности самостоятельно одеваться, умываться, готовить себе пищу и т. п. Больной становился соавтором программы реабилитации, подказывая, где сложно выполнить задачу, где ее надо упростить, что ему под силу и что пока невозможно. Сам процесс работы с пациентом имел два этапа, условно названных разминкой и тренингом. Во время разминки после аутотренинга последовательно проводили точечный массаж (в основном для уменьшения спастического состояния), лечебную гимнастику в сюжетно-игровой форме, фрагмент игры в кукольный театр. Тренинг после разминки позволял больному использовать свои резервные возможности, быть непосредственным участ-

ником преодоления своих трудностей. В тренинг входят уборка постели (дается задание на рассчитанное время), одевание, приготовление пищи (три уровня сложности в зависимости от двигательной активности больного).

Результаты лечения оценивали по силе различных мышечных групп, динамике уменьшения контрактур, выявляемой с помощью угломерии, сдвигам в координаторной сфере исходя из показателей стабелографа собственной конструкции, динамике биологической активности мышц, определяемой с помощью прибора «Миотоник-2» и по данным электромиографии.

В группе больных с диплегической формой ДЦП (73) сила мышц конечностей увеличивалась в среднем на 3—4 кг (10—15%) по сравнению с исходными данными (в контрольной группе — в среднем лишь на 6%), объем движений в коленных суставах, по данным угломерии, — в среднем на 14—20°, в голеностопных суставах — на 12—20° (в контрольной группе — на 8°), окружность рук и ног — в среднем на 3 см (в контрольной группе — на 1,5 см).

В основную группу больных со спастико-ригидной формой ДЦП вошли 60 лиц. Увеличение мышечной силы конечностей составило у них в среднем 4,5 кг (в контрольной группе — лишь 2 кг), окружности мягких тканей — 3,3—5 см (в контрольной группе — лишь 1,5—2 см), объем движений в плечевых суставах — на 10—12°, в локтевых — на 12—15°, лучезапястных — на 5—6°, объем движений в суставах ног, по показателям угломерии, — в среднем от 15 до 18% ($P < 0,001$) (в контрольной группе — 4—9%).

В основной группе лечебный эффект у 8 больных был расценен как заметное улучшение. 3 пациента перешли из 3-й группы двигательной активности во 2-ю, а 5 больных — из 2-й в 1-ю, то есть могли после лечения ходить самостоятельно.

У больных с гиперкинетической формой ДЦП (7) эффект от проводимой терапии выражался в увеличении силы в конечностях в среднем на 3 кг и окружности мягких тканей на 2—3 см. Объем активных движений в крупных суставах рук и ног возрос в среднем на 6—12%.

Мы считаем, что увеличение двигательной активности, улучшение походки и координации движений частично и уменьшение гиперкинезов стали возможными благодаря проведению индивидуальной программы физической реабилитации, в особенности кинезиотерапии, биологической обратной связи, лечению на подвесных устройствах (лечение положением), применению принципов и элементов кондуктивной педагогики.

В контрольной группе с гиперкинетической формой ДЦП эффективность лечения была ниже. Сила мышц увеличилась в среднем на 0,5 кг, окружность мягких тканей конечностей — на 1—1,5 см, объем движения в крупных суставах рук и ног — всего на 2—4%.

Следовательно, при гиперкинетической форме ДЦП в поздней резидуальной стадии весьма сложно восстановить двигательные функции.

Поступила 01.04.94.

УДК 616.89—085.86

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А. М. Карпов

Кафедра клинической фармакологии (зав. — проф. И. Е. Зимакова) Казанского института усовершенствования врачей

Реферат. Представлены результаты изучения психофармакотерапии психических больных в процессе их трудовой реабилитации. Установки производственного и медицинского персонала (соответственно на выполнение плана и обеспечение режима и надзора) являются социальными препятствиями потенциальной трудоспособности даже при самой адекватной фармакотерапии. [Подбор комплекса психотропных средств и вида трудовой деятельности должны осуществляться в соответствии с клиническими и социальными характеристиками больных.]

ПСИХИКА АВИРУЛАРНЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ
НАМ ЭШ БЕЛЭН РЕАБИЛИТАЦИЯЛЭУНЕЦ МЕТОДИК
ПРОБЛЕМАЛАРЫ

А. М. Карпов

Психика авируларны эш белэн реабилитациялэу процессында психофармакотерапияне өйрәнү нәтижәләре китерелгән. Психотроп препаратлар һәм эшчән төрөн сайлау авируларның клиник һәм социаль характеристикалары белән бәйлә булырга тиеш.

METHODIC PROBLEMS OF
PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND LABOUR
REHABILITATION OF PSYCHIC PATIENTS

А. М. Карпов

Summary. The results of a study of psychopharmacotherapy of psychic patients in the process of their labour rehabilitation are presented. The aims of production and medical staff (at respectively, fulfilment of a plan, routine and supervision) are the social handicaps to poten-

tial ability to work even with the most adequate pharmacotherapy. The choice of the complex of psychotropic agents and labour activity type is to be performed in accordance with clinical and social characteristics of patients.

В настоящее время в связи с обострением социально-экономической обстановки в стране увеличивается распространенность психических расстройств. По данным В. С. Ястребова [5], в 1989 г. около 20% населения страны нуждалось в том или ином виде психиатрической помощи.

В литературе практически отсутствуют сведения о психофармакотерапии работающих психически больных, поэтому целью настоящего исследования являлась разработка методологии изучения психофармакотерапии в процессе трудовой реабилитации указанного контингента. Это требовало прежде всего создания соответствующей концепции, алгоритма и методов исследования. Методическая же сложность заключалась в необходимости параллельного исследования как минимум трех переменных сопряженных характеристик больных — психического состояния, трудовой деятельности и медикаментозного влияния.

В качестве рабочей модели использованы лечебно-производственные мастерские (ЛПМ) при психиатрической больнице, в которых больные