

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРГОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

УДК 615.825.5:616.8

Супонева Н. А.¹, Мальцева М. Н.^{2,3}, Зимин А. А.¹

¹ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва, Россия

²ФПО ГБОУ ВПО Первый СПбГМУ им. Акад. И.П.Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

³ГБУЗ ГБ №26, г. Санкт-Петербург, Россия

METHODICAL BASES OF OCCUPATIONAL THERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE STROKE

Suponeva NA¹, Mal'ceva MN^{2,3}, Zimin AA¹

¹FGBNU «Nauchnyj centr nevrologii», g. Moskva, Rossija

²FPO GBOU VPO Pervyj SPbGMU im. Akad. I.P.Pavlova, g. Sankt-Peterburg, Rossija

³GBUZ GB №26, g. Sankt-Peterburg, Rossija

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) существенно меняет функциональные возможности организма в остром и последующих периодах. Восстановление двигательных, чувствительных, речевых функций постепенно возвращает пациентов к привычному уровню активности в личной и общественной сфере, а также снижает риск развития сопутствующих заболеваний. Многоэтапный подход, осуществляемый реабилитационными службами, обеспечивает наиболее эффективное восстановление и интеграцию в общество пациента, перенесшего ОНМК [9].

Всемирная организация здравоохранения определяет реабилитацию как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума на оптимум его трудоспособности» [12].

Основная цель реабилитации заключается в том, чтобы с помощью специфических мероприятий и разнонаправленных подходов сделать людей, временно или стойко утративших трудоспособность, способными к жизни в обществе, повысить качество их жизни [3]. На современном этапе очевидно, что максимальный эффект от реабилитации пациента возможен лишь при мультидисциплинарном подходе. Существенную роль в интеграции реабилитационных действий играет эрготерапия.

Эрготерапия – это метод, направленный на восстановление, сохранение и развитие утраченных вследствие болезни или травмы активностей составляющих повседневную деятельность: необходимую мобильность, самообслуживание, работу, досуг, обучение пациентов [7]. Этому компоненту реабилитации за рубежом уделяется достаточно много внимания. В нашей стране созданы

очень серьезные предпосылки для развития и широкого внедрения эрготерапии в клиническую практику. Значимость эрготерапии как отдельного методологического подхода в реабилитации неопределима.

История развития эрготерапии. Лечебный эффект ручного труда был известен еще до нашей эры. История развития реабилитации в широком смысле и эрготерапии, как составной части первой, неразрывно связаны друг с другом с внедрением в целом физических упражнений в лечение больных различными заболеваниями. Так, в Древнем Египете (около 2000 г. до н.э.) применяли активный отдых и игры. Позже, Гиппократ (IV–V вв. до н.э.) применял в своей врачебной практике знания о полезной роли трудовых движений в выздоровлении и улучшении душевного состояния человека. Сократ считал, что существует зависимость между физическим и психическим здоровьем человека. «Человек обязательно должен заниматься каким-либо трудом, а не только предаваться развлечением, в ином случае он не может иметь хорошее состояние тела и духа» – писал он. Первые же упоминания об использовании труда именно как метода терапии можно найти в научных трактатах греческого и римского врачей Асклепида Вифинского и Авл Корнелия Цельса (около 50 г. до н.э.). Первый применял простые физические упражнения, ставшие прототипом современной эрготерапии, второй использовал для лечения чтение, прогулки и театральные постановки [13].

В средние века произошел новый виток развития этого метода. Однако на тот момент он только начинал вбирать в себя элементы, ставшие впоследствии основой эрготерапии как системы. Поэтому примерно до середины XIX в. часто упоминается термин «трудотерапии», явившийся прообразом эрготерапии.

Основоположниками трудотерапии, заложившими в XVIII в. в ее основу принципы гуманного отношения к больным, являются знаменитый французский психиатр Филипп Пинель и немецкий врач Йохан Кристиан Райль. Они указывали на важность для пациентов именно ручного труда, сочетающегося с отдыхом. Благодаря их стараниям в лечение психически больных было внедрено целенаправленное обучение повседневной деятельности. Это была эпоха так называемого морального лечения [10]. В XIX ручной труд широко применялся при лечении неврастении и других видов психопатологии в Европе, России и США, где и получил наибольшее развитие. Так, в 1818 году под руководством Руфуса Ваймана была открыта больница Мак-Лина, им же была разработана первая программа по эрготерапии, принципы которой были развиты Франсуа Льере и изложены в 1840 г. в книге «Моральное лечение безумия» («Du Traitement Moral de la folie»), являющейся первым трудом, описывающим принципы эрготерапии.

Примерно до конца XIX – начала XX в.в. лечебные свойства труда применялись преимущественно в психиатрии. Начиная с этого периода Х.Дж. Холл, А. Мейер и В. Дантон, используя элементы декоративно-прикладного искусства в работе специализированных мастерских для инвалидов, начали пропагандировать трудотерапию в качестве метода психологической и социальной реабилитации больных с умственными и физическими недостатками. Впервые пациенты получили возможность продавать в магазинах созданные своими руками изделия, зарабатывая тем самым себе на жизнь [АОТА: A Historical Perspective. Available from: <http://www.aota.org/>]. Тем самым был реализован принципиально важный аспект социально-физической реабилитации, поскольку получение даже небольшой оплаты за посильный труд придавало пациентам уверенность в социальном положении и стимулировала их психологически, что было отмечено как профессионалами, так и самими пациентами и их окружением.

В XX в. трудотерапия стала развиваться не только как метод лечения, но и как специальность. Основателями профессией, явившей собой прототип современного эрготерапевта, считают Адольфа Мейера и Сьюзен Трейси (1892, США). Последняя открыла в 1906 году первый систематический тренинг для подготовки инструкторов. Образовательная программа была построена по трем направлениям: обучение инвалидов, обучение сестер милосердия для помощи больным и обучение сестер милосердия для дальнейшего преподавания трудотерапии. В 1908 г. в Чикаго открылась первая школа по подготовке трудотерапевтов, которая через семь лет приобрела статус профессиональной. Тогда же была открыта экспериментальная программа для обучения инвалидов.

Поворотным моментом в дальнейшем развитии эрготерапии стала Первая мировая война, приведшая к катастрофическому сокращению популяции трудоспособных мужчин и необходимости привлекать к труду инвалидов [8]. Поэтому после окончания войны научно обоснованное развитие эрготерапии стало стратегически важным социальным направлением в странах Центральной Европы и США, где получило поддержку на правительственном уровне.

В 1917 г. было создано первое профессиональное объединение – Национальное общество по развитию эрготерапии (National Society for the Promotion of Occupational Therapy – NSPOT), тогда же окончательно закрепился термин эрготерапия. На данный момент NSPOT, переименованное в Американскую ассоциацию трудотерапевтов

(American Occupational Therapy Association – AOTA), насчитывает более 42 тыс. специалистов [АОТА: A Historical Perspective. Available from: <http://www.aota.org/>].

Следующим мощным стимулом к развитию эрготерапии стала массовая инвалидизация людей работоспособного возраста после Второй мировой войны. Она инициировала создание национальных организаций трудотерапевтов во многих странах. В 1952 г. была сформирована Всемирная федерация трудотерапии (World Federation of Occupational Therapists – WFOT), связывающая 73 национальные федерации, после чего эрготерапия получила возможность активно развиваться по всему миру. В 1970-х гг. начали действовать профессиональные школы по подготовке эрготерапевтов, в 1986 г. был создан Комитет эрготерапевтов Европейского сообщества (COTEC); к середине 1990-х гг. сложилась европейская сеть высших учебных заведений по эрготерапии с центром в г. Аальборг (Дания).

Сложно определить начало использования элементов эрготерапии в России. Однако известно, что о большом значении трудотерапии наряду с другими методами реабилитации больных – гимнастики, массажа, закаливания, – говорили выдающиеся российские ученые-врачи: Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, П.Ф. Лесгафт, М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин и др. В 1836 г. военный врач Р.С. Четыркин применил на практике систему функционального лечения выздоравливающих солдат в «слабосильных командах» при помощи трудотерапии, гимнастики, закаливания и игр. Известные русские психиатры В.М. Бехтерев, В.П. Сербский, С.С. Корсаков и др. относили лечение трудом к основам психотерапевтического лечения. В 1877 г. в Санкт-Петербурге возник первый в России центр восстановительного лечения раненых, в котором широко использовали трудотерапию. В XIX – первой половине XX века в России ручной труд достаточно широко применялся при лечении различных психических заболеваний. Во время Великой Отечественной войны трудотерапию применяли в эвакуогоспиталях для восстановления утраченных после ранений функций [2]. В послевоенный период большой вклад в развитие этого метода в отечественной ревматологии был внесен сотрудниками Института ревматологии.

В постсоветском периоде в 1999 г. на базе Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова при поддержке Шведской ассоциации эрготерапевтов было организовано обучение российских врачей эрготерапии. С этого же года в России эрготерапия начала существовать как реабилитационная специальность. В феврале 2002 г. была создана Русская ассоциация эрготерапевтов (РАЭТ), являющаяся членом WFOT и единственным представителем от России в этой области [Мальцев СБ. Развитие эрготерапии в России. – URL: <http://rehab4.blog.ru/>].

Несмотря на некоторые отличия история развития эрготерапии в России и за рубежом, в целом, сопоставима. Для оценки развития данного метода на сегодняшний день были проанализированы данные специализированной литературы.

Медицинская база научных статей Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) датирует первую публикацию по запросу «Эрготерапия» (occupational therapy) 1922 годом, после чего количество работ постепенно увеличивалось, а начиная с 2013 года, количество публикаций лавинообразно росло, достигнув своего максимума в 2016 году. Анализ отечественных баз данных: Elibrary и КиберЛенинка, и сравнение с источниками Pubmed показал следующие особенности. Общее количество отечествен-

ных работ по данной теме уступает зарубежным. Однако характер активности российских и зарубежных авторов схож, пик активности приходится на 2016 год. Особенно noteworthy использованием работ по-прежнему является широкое использование в литературе термина «трудотерапия» вместо более современного его аналога – «эрготерапия».

Анализ литературы отражает динамику развития отечественной эрготерапии и дает основание ожидать того, что данный метод будет шире внедряться в практику реабилитации больных.

Решению данного вопроса способствует реализация пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации». Данный пилотный проект был запущен с 1 сентября 2015 года в 13 субъектах РФ: Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Нижегородская область, Свердловская область, Самарская область, Республика Татарстан, Красноярский край, Приморский край, Тверская область, Республика Чувашия, Ивановская область и Пермский край. В рамках проекта работа ведется по трем направлениям, одним из которых является реабилитация больных с ОНМК, проводимая мультидисциплинарной бригадой. Одним из ключевых элементов последней является эрготерапия, которая посредством специальных упражнений и приспособления больных к окружающей среде улучшает социальную адаптацию и, как следствие, повышает качество жизни больных [8].

Определение эрготерапии. Слово «эрготерапия» происходит от лат. *ergon* – труд, занятие и греч. *therapia* – лечение. В наши дни эрготерапию можно рассматривать как новый этап развития реабилитации, основанный на комплексном подходе к пациенту с использованием знаний по психологии, педагогике, социологии, биомеханике и физической терапии.

Эрготерапию также определяют как специальность, улучшающую качество жизни пациента любого возраста и помогающую им справиться с ежедневными потребностями. Эрготерапия стремится расширить возможности пациента при самообслуживании, работе и досуге, межличностных отношениях. Также ее называют наукой о соответствии человека и окружающей среды. По выражению Терез Джексон, «Эрготерапия – наука о жизни пациента» [10].

Эрготерапия (*occupational therapy*, в буквальном переводе «терапия занятостью») – комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление повседневной деятельности человека с учетом имеющихся у него физических ограничений. Также эрготерапию определяют, как науку об инструктировании больных и вовлечении их в такие виды трудовой деятельности, которые будут требовать от них энергии и активности, принося положительно терапевтический эффект (Дж.Э. Бартон). В эрготерапии под «занятостью» (*occupation*) понимают различные виды деятельности, которые встречаются в жизни каждого человека и придают ей смысл. Выделяют активность в повседневной жизни, активность в работе и продуктивной деятельности, активность в игре, отдыхе и увлечениях. Таким образом, социальная значимость эрготерапии, как составной части реабилитации, не вызывает сомнений.

Цель и задачи эрготерапии. Конечной целью эрготерапии, как и реабилитации в целом, является повышение качества жизни пациента. Этический код эрготерапевтов определяет цель эрготерапии как развитие возможностей пациента вести полноценную жизнь в соответствии со своими желаниями и потребностями, а также пропорци-

онально окружающим требованиям. Задачами эрготерапии является то, чтобы с помощью нее развивать способность больного к активности или предотвращать снижение этой способности, а в необходимых случаях, компенсировать сниженную активность так, чтобы пациент испытывал удовлетворение от деятельности в своей повседневной жизни [8]. Результатом проведения эрготерапевтических мероприятий в каждом конкретном случае является улучшение качества жизни, снижение зависимости от внешней помощи и повышение активности в повседневной жизни и включенности в общественную жизнь.

Принципы эрготерапии. Эрготерапия, как составная часть реабилитации, также включает две стратегии: развивающую и компенсаторную. Развивающая стратегия направлена на восстановление пострадавшей активности. В процессе восстановления активности, восстанавливается и базовая для данной активности функция. Например, проведение мероприятий по возможному восстановлению функции верхней конечности: плеча, предплечья и особенно кисти, являющейся неизменным участником социально значимых мероприятий по уходу за собой, питанию и др. пациента с травматической болезнью спинного мозга, будет построено на восстановлении активностей самообслуживания. Компенсаторная стратегия ставит своей задачей замещение утраченной активности. При невозможности восстановления функции кисти необходимо подобрать ортезы или устройства ассистивной терапии, позволяющие облегчить выполнение утраченной функции: специальные по конструкции вилки, ложки, кружки, дверные ручки, приспособления для одевания в виде крючков на длинных ручках и т. д. Компенсаторная стратегия используется в тех случаях, когда восстановление утраченной функции невозможно [5]. Оптимальным является сочетание обеих стратегий. На практике обе стратегии дополняют друг друга на разных этапах работы с пациентом.

Адольф Мейер писал: «Время, потраченное на полезную деятельность, может быть фундаментальной основой лечения пациента..., лечение должно включать активный отдых и посильную деятельность, позволяющую реализовать возможности больного, а не общие предписания» (1892, США).

Применяя развивающую стратегию, для достижения стойкого положительного результата реабилитации пациентов, важным является объективная оценка состояния больного и его реабилитационного потенциала. Показано, что большой вклад в повышение реабилитационного потенциала вносит раннее начало восстановительных процедур, среди которых одно из первых мест занимает эрготерапия. Эффективность последней зависит от адекватно подобранных методов и упражнений [1].

В зарубежной литературе указывают на ряд принципов при работе с пациентами:

- клиент-ориентированный подход (*client-centered approach*),
- научно обоснованная практика (*evidence-based practice*),
- культурно ориентированная практика (*culturally relevant practice*), ориентирование на значимые для клиента действия (*occupation-based intervention*).

При клиент-ориентированном подходе в планировании работы приоритетное значение имеют потребности и желания клиента. Научно обоснованная практика подразумевает, что работа с пациентом и принятие решений основываются на новейших научных данных [8]. Культурно ориентированная практика направлена на то, что в про-

цессе работы эрготерапевт должен принимать во внимание культурные нормы, присущие данному индивидууму. Терапия, ориентированная на значимые для клиента действия (occupation-based intervention), означает, что пациент и эрготерапевт совместно выполняют действия, которые имеют особо важное значение и отвечают нуждам и интересам этого больного (например, освоение навыков письма после инсульта) [12]. Эти принципы часто дополняют друг друга, давая варианты индивидуализированного и проблемно-ориентированного подхода к реабилитации пациента.

В отечественной литературе разработаны принципы трудотерапии, которые целесообразно использовать и в эрготерапии:

- многообразие и постепенное усложнение трудовых процессов,
- учет пожеланий и интересов самого пациента,
- выявление и поддержание интереса к труду,
- психологический комфорт при посещении занятий,
- наблюдение лечащего врача и инструктора,
- достаточное материально-техническое обеспечение.

Предлагаемые пациенту трудовые операции должны соответствовать индивидуальным возможностям и интересам, упражнения должны учитывать особенности дефекта психических функций, а также динамику его состояния [4].

Также они должны побуждать к самостоятельности и творчеству, приносить удовлетворение, мотивировать к восстановлению трудоспособности. Осваиваемые навыки и умения должны иметь общественную и личностную ценность, а также, что немаловажно, практическую направленность [1].

Однако, не следует забывать, что трудотерапия является лишь частью эрготерапии и не включает в себя иные методы эрготерапии, например, метод сенсорной интеграции и т.п. Программа эрготерапии обычно проводится в естественном для человека окружении – дома, на работе и т. д., так как выполнение любой задачи зависит от мотивации пациента и среды, в которой это происходит.

С учетом выше указанных принципов эрготерапевт может адаптировать предметы, которыми пользуется пациент (столовые приборы, одежду, компьютер и т. д.), обстановку (установить поручни, подобрать мебель, изменить расположение предметов в комнате, убрать пороги, расширить проемы дверей и т. д.) или подобрать необходимое специальное оборудование (инвалидная коляска, ходунки, приспособления для захвата предметов и застегивания пуговиц и др.).

Началу занятий эрготерапией предшествует составление плана реабилитационного процесса, в котором эти занятия будут занимать определенное место в соответствии с особенностями пациента. Правильно составленный план вмешательства включает два компонента: предполагаемый результат, сроки, в которые он будет достигнут и методы, которые эрготерапевт и пациент будут использовать для достижения намеченного результата. Для составления плана важна оценка исходного уровня возможностей пациента:

- сохраненные навыки и умения
- мышечный тонус
- мышечная сила
- координация движений, баланс и контроль за положением тела
- билатеральная интеграция
- мелкая моторика кисти, манипуляции и тонкая координация

- уровень сознания, обучаемость
- чувствительность
- речь и общение
- социальная и семейная поддержка (установки ближайшего окружения)
- личные установки (особенности личности, интересы, мотивация).

Эрготерапевтические методики в реабилитации – это восстановление физических или психических нарушений путем использования специфически выбранной деятельности, которая позволяет больному достичь максимального уровня функционирования во всех аспектах жизни. Также, существенной частью работы эрготерапевта являются анализ нарушений повседневной деятельности, факторов среды и их адаптация с целью улучшения качества жизни пациента.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья как методологическая основа эрготерапии. В настоящее время продолжается поиск путей развития эрготерапии как наиболее интегрального метода, комплексной системы в реабилитации пациентов, страдающим любыми заболеваниями. Становится очевидным, что оптимальной методологической основой для выбора средств эрготерапии и формирования индивидуальной программы реабилитации является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Это не менее актуально для людей с последствиями ОНМК, поскольку клинические проявления при данном заболевании крайне разнообразны, а затронутые вследствие ОНМК сферы жизнедеятельности имеют широкий спектр. Целью МКФ является унифицированное описание показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем.

Преимущество МКФ заключается в том, что не важно, какова этиология оцениваемых функциональных нарушений, или какова их динамика. Они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным. Такое понимание сути нарушения лежит в основе концепции МКФ, которая рассматривает статус индивида с позиций здоровья, а не болезни, в интересах ориентации на потенциал здоровья.

Ограничение жизнедеятельности, наоборот, является словосочетанием с более широким смыслом, обозначающим «активность» и «участие». Активность – это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личностные факторы. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности как по форме, так и по величине, в сравнении с людьми без изменения здоровья. Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования [2].

Важнейшим для эрготерапевта разделом МКФ является раздел «факторы контекста», подразделяющийся на «факторы среды» и «личностные факторы». В рутинной работе эрготерапевта до 80% его рабочего времени уделено работе с факторами среды, куда входит не только

физическое окружение пациента, но и его родственники и ухаживающий персонал, а также работе с факторами личности, а именно установками на сотрудничество и восстановление, мотивации пациента.

Оценка индивидуума по МКФ предполагает за собой определение необходимости в активной реабилитации, за счет концентрации внимания на положительных связях между индивидуально-личностными свойствами человека и окружающей его социально-культурной и природной средой. На базе этой классификации и должны строиться подходы к реабилитации пациента, в том числе определяются точки приложения для эрготерапии.

Влияние эрготерапии на функциональный статус и качество жизни пациентов. У больных с ОНМК в период ранней реабилитации наблюдаются значительные расстройства не только двигательных, но и таких познавательных и психосоциальных функций, как память, способность принятия решений, нарушается социальная интеграция, вследствие чего значительно снижается качество жизни пациентов. В то же время использование эрготерапии помогает больным легче адаптироваться к окружающей среде, раньше обрести независимость от других людей. Отечественными и зарубежными авторами подтверждена высокая эффективность данного метода реабилитации [1,5,8,9].

Доказано, что активное применение эрготерапии у больных с ОНМК значительно улучшает восстановление нарушенных функций и способностей. Занятия эрготерапией начинаются с первого этапа реабилитации, сопровождая пациента весь восстановительный период, а также являются как бы завершающим этапом реабилитации, позволяющим преобразовать восстанавливающиеся двигательные способности больного в его практические социально-бытовые навыки. Поэтому эрготерапия заслуженно занимает важное место в реабилитационных программах.

К настоящему времени разработана и успешно применяется научно-методическая база – специальная отечественная и зарубежная (в том числе, переведенная на

русский язык) литература по эрготерапии, методические рекомендации и пособия, диагностические опросники и протоколы, позволяющие выявить первостепенные проблемы в повседневной жизнедеятельности больного, его мотивацию. Под эгидой ВОЗ и Всемирной Федерацией Эрготерапевтов (WFOT), членом которой наша страна является с 2004 года, создан специальный обучающий интернет-проект по эрготерапии (<http://sdc-eu.info/index.php/ru/>). Открыто обучение эрготерапии (под эгидой Международной Ассоциации Эрготерапевтов) в двух медицинских ВУЗах страны.

Однако, несмотря на очевидные положительные результаты от применения эрготерапии, особенно на фоне ее невысокой стоимости, распространение данного метода идет крайне низкими темпами. Как правило, проити занятия с эрготерапевтом бывает возможно только в частных клиниках и реабилитационных центрах, что недоступно для большинства пациентов, поэтому основная масса нуждающихся в данных занятиях, в нашей стране пока еще оказываются неохваченными.

Заключение. Безусловно, эрготерапия является эффективным методом реабилитации, оказывающим положительное влияние, как на физическую, так и на психологическую сферы больного. Будучи включенной в комплексную реабилитационную программу мультидисциплинарной команды, эрготерапия оказывает значительный вклад в полученный результат и имеет отчетливую социальную направленность. На основе анализа отечественной и зарубежной литературы выявлена высокая эффективность эрготерапии для социально-бытовой адаптации, и в то же время недостаточная ее распространенность среди отечественных реабилитационных ЛПУ. Выше изложенное позволяет рекомендовать, с учетом имеющейся научно-методической базы, более широкое распространение данного метода реабилитации, открывать специализированные кабинеты и залы эрготерапии как на уровне стационара/реабилитационных центров, так и в амбулаторном звене.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воскресенская О.Н., Клемешева Ю.Н., Акимова Т.Н. Реабилитационный потенциал инвалидов с последствиями церебрального инсульта и влияние на него факторов, характеризующих организацию реабилитационной помощи//Журнал Неврологии и психиатрии, 2012, №8: с. 25-30.
2. Выродов И.К., Дюкарева А.М., Мешалкин Г.Л. Организация лечения раненых и больных в эвакогоспиталях Южного Урала//Военно-медицинский журнал, 1985, №3: с. 25-28.
3. Дорничев В.М., Постоловский В.Г., Постоловская Л.Н. Реабилитация в здравоохранении. Обоснование и структурная концепция//Мир медицины, 2001, №11-12: с. 15-19.
4. Епифанов В.А., Епифанов А.В., Кудряшов А.В. Эрготерапия (трудотерапия) в комплексном лечении больных с заболеванием (повреждением) нервной системы//ЛФК и массаж, 2009, №7: с. 3-10.
5. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация: найти точку опоры//Healthnation, 2012, №3: с. 20-22.
6. Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Основные принципы и результаты деятельности мультидисциплинарной бригады при восстановительном лечении пациентов, перенесших инсульт//Неврологический вестник, 2007, №4: с. 5-9.
7. Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Медицинские и социальные аспекты восстановительного лечения больных после инсульта//Вестник восстановительной медицины, 2008, №3: с. 25-30.
8. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В., Иванова Г.Е. Эрготерапия в реабилитации неврологических пациентов//Consilium Medicum, 2016, №2.1: с. 59-60.
9. Мальцева М.Н., Шмонин А.А. Эрготерапия в социальной и медицинской реабилитации//Академия профессионального образования. 2016. № 3 (57): с. 50-54.
10. Черникова Л.А., Пирадов М.А. (ред.), Супонев Н.А., Червяков А.В., Клочков А.С., Мокиенко О.А., Люкманов Р.Х., Пойдашева А.Г., Авдюнина И.А. Высокотехнологичные методы нейрореабилитации при заболеваниях нервной системы. В кн.: Неврология XXI века: диагностические, лечебные и исследовательские технологии Руководство для врачей. Под редакцией М.А. Пирадова, С.Н. Иллариошкина, М.М. Танашян. Москва: АТМО; 2015.
11. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация после инсульта//Червные болезни, 2004, № 1: с. 21-25.
12. Crepeau E.B. Willard and Spackman's occupational therapy. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
13. Hammond A. Rehabilitation in musculoskeletal diseases//Best Pract Res Clin Rheumatol., 2008, 22 (3): p. 435-449.
14. O'Brien R., Woodbridge S., Hammond A., Adkin J., Culley J. The Development and Evaluation of a Vocational Rehabilitation Training Programme for Rheumatology Occupational Therapists//Musculoskeletal Care, 2013, 11(2): p. 99-105.
15. Roley S.S., DeLany, J.V., Barrow. Occupational therapy practice framework: domain & practice//The American journal of occupational therapy, 2008, 62(6): p. 625-626.

REFERENCES:

1. Voskresenskaja O.N., Klemesheva Ju.N., Akimova T.N. Rehabilitative potential of invalids with aftereffects of cerebral insult and the influence of factors characterizing the organization of rehabilitative care on it. Zhurnal Nevrologii i psikiatrii, 2012, 8: 25-30.
2. Vyrodov I.K., Djukareva A.M., Meshalkin G.L. Medical care organization process of injured patients in base hospitals of South Ural. Voenno-meditsinskij zhurnal, 1985, 3: 25-28.
3. Dornichev V.M., Postolovskij V.G., Postolovskaja L.N. Rehabilitation in public health. Reason and structural concept. Mir medicine, 2001, 11-12: 15-19.

4. Epifanov V.A., Epifanov A.V., Kudrjashov A.V. Ergotherapy (occupational therapy) in complex treatment of patients with nervous system disorders. LFK i massazh, 2009, 7: s.3-10.
5. Ivanova G.E. Medical rehabilitation: to identify the point. Medicinskaja reabilitacija: najti točku opory. Healthnation, 2012, 3: 20-22.
6. Koval'chuk V.V., Skoromec A.A. Basic principles and results of multidisciplinary team work in medical rehabilitation of patients with history of stroke. Nevrologicheskij vestnik, 2007, 4: 5-9.
7. Koval'chuk V.V., Skoromec A.A. Medical and social aspects of medical rehabilitation after stroke. Vestnik vosstanovitel'noj mediciny, 2008, 3: 25-30.
8. Mal'ceva M.N., Shmonin A.A., Mel'nikova E.V., Ivanova G.E. Ergotherapy in rehabilitation of neurologic patients. Consilium Medicum, 2016, 2.1: 59-60.
9. Mal'ceva M.N., Shmonin A.A. Ergotherapy in social and medical rehabilitation. Akademija professional'nogo obrazovanija. 2016. 3 (57): 50-54.
10. Chernikova L.A., Piradov M.A., Suponeva N.A., Chervjakov A.V., Klochkov A.S., Mokienko O.A., Ljukmanov R.H., Pojdasheva A.G., Avdjunina I.A. Advanced methods in rehabilitation of nervous system diseases. In: Neurology of XXI century: diagnostic, medical and research technologies. Guidance for doctors. Pod redakciej M.A. Piradova, S.N. Illarionshkina, M.M. Tanashjan. Moskva: ATMO, 2015: s. 274-331.
11. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shahparonova N.V. Rehabilitation after stroke. Nervnije bolezni, 2004, 1: 21-25.
12. Crepeau E.B. Willard and Spackman's occupational therapy. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
13. Hammond A. Rehabilitation in musculoskeletal diseases. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2008, 22 (3): 435-449.
14. O'Brien R., Woodbridge S., Hammond A., Adkin J., Culley J. The Development and Evaluation of a Vocational Rehabilitation Training Program for Rheumatology Occupational Therapists. Musculoskeletal Care, 2013, 11(2): 99-105.
15. Roley S.S., DeLany, J.V., Barrows, (). Occupational therapy practice framework: domain & practice. The American journal of occupational therapy, 2008, 62(6): 625-626.

РЕЗЮМЕ

Возвращение пациентов к привычному уровню активности в личной и общественной сфере на современном этапе возможно лишь при мультидисциплинарном реабилитационном подходе, в котором существенную роль играет эрготерапия.

Эрготерапия направлена на восстановление, сохранение и развитие утраченных вследствие болезни или травмы активностей составляющих повседневную деятельность пациентов. Целью эрготерапии является развитие возможностей пациента вести полноценную жизнь в соответствии со своими желаниями и потребностями, а также пропорционально окружающим требованиям. Задачами эрготерапии является развитие способности больного к активности или предотвращение снижения этой способности, а в необходимых случаях, компенсирование сниженной активности. В наши дни эрготерапию можно рассматривать как новый этап развития реабилитации, основанный на комплексном подходе к пациенту с использованием знаний по психологии, педагогике, социологии, биомеханике и физической терапии. Эрготерапия включает две стратегии: развивающую и компенсаторную. Развивающая стратегия направлена на восстановление пострадавшей активности, а компенсаторная – на замещение утраченной активности. Методологической основой эрготерапии является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В нашей стране эрготерапия активно развивается и внедряется в клиническую практику. В 2002 г. была создана Русская ассоциация эрготерапевтов (РАЭТ), являющаяся членом Всемирной федерации эрготерапевтов (WFOT). С 2015 года запущен пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации», в рамках которого активно внедряется эрготерапия. Анализ отечественной и зарубежной литературы выявил высокую эффективность эрготерапии для социально-бытовой адаптации, и в то же время недостаточную ее распространенность среди отечественных ЛПУ. Авторы рекомендуют, с учетом имеющейся научно-методической базы, более широкое распространение данного метода реабилитации, открывать специализированные кабинеты и залы эрготерапии как на уровне стационара/реабилитационных центров, так и на амбулаторном звене.

Ключевые слова: эрготерапия, мультидисциплинарный подход, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, активность, ОНМК, компенсаторная стратегия, развивающая стратегия.

ABSTRACT

Multidisciplinary rehabilitation approach is necessary to return patients to the usual level of activity in private and social spheres. Occupational therapy is extremely important in this process.

Occupational therapy focuses on restoring, preserving and developing activities that have been lost due to illness or injury. The purpose of occupational therapy is development of the patient's capacity in accordance with their wishes and needs. The objectives of occupational therapy are an improvement patient's abilities and a compensation of reduced activities. Nowadays occupational therapy is the new stage in the development of rehabilitation. It based on the integrated approach to the patient with the use of knowledge in psychology, pedagogy, sociology, biomechanics and physical therapy. Occupational therapy involves two strategies: developmental and compensatory. Developmental strategy is aimed at restoring the affected activity. Compensatory strategy is aimed at replacing the lost activity. The methodological basis of occupational therapy is the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Occupational therapy actively develops and is introduced in clinical practice in our country. Russian association of occupational therapists (RAOT) was established in 2002. RAOT is a member of the World Federation of occupational therapists (WFOT). The pilot project «Development of the medical rehabilitation system in the Russian Federation» started in 2015. Occupational therapy is being actively promoted in it. Analysis of domestic and foreign data has revealed both high efficiency of occupational therapy for social adaptation and the lack of its prevalence among domestic hospitals. The authors recommend a wider distribution of this rehabilitation method to open special rooms of occupational therapy both at the inpatient and outpatient departments.

Keywords: Occupational therapy, multidisciplinary approach, the International Classification of Functioning, Disability and Health, activity, stroke, compensatory strategy, developing strategy.

Контакты:

Мальцева М. Н. E-mail: nimmaria@mail.ru