



РОЗДІЛ 5. ПИТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Алексенко А.В.,
Литвиненко В.А.

Aleksenko A.V.,
Litvinenko V.A.

EFFICIENCY OF THE APPLICATION OF THE COMPLEX REHABILITATION PROGRAM FOR PERSONS WITH DISORDER PATIENTS WITH THE USE OF HAND THERAPY

The article examines the effectiveness of a comprehensive rehabilitation program for people with post-stroke patients using sand therapy. Stroke remains the leading cause of death and disability worldwide. Key principles of rehabilitation of post-stroke patients include: early onset of rehabilitation measures, continuity, complexity, individuality, use of methods of monitoring the adequacy of load and efficiency of rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, medical gymnastics, disorders of cerebral circulation, treatment of the situation, central nervous system, sand therapy.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ОСІБ ПІСЛЯІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПІСОЧНОЇ ТЕРАПІЇ

У статті розглядається ефективність комплексної програми реабілітації для осіб післяінсультних хворих із застосуванням пісочної терапії. Інсульт залишається провідною причиною смерті та інвалідності в усьому світі. Ключові принципи реабілітації післяінсультних хворих включають: ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність, комплексність, індивідуальність, використання методів контролю адекватності навантажень та ефективності реабілітації.

Ключові слова: реабілітація, лікувальна гімнастика, порушення мозкового кровообігу, лікування положенням, центральна нервова система, пісочна терапія.

Постановка проблеми. Сьогодні в Україні, як і в інших країнах світу, існує тенденція до зростання неврологічних захворювань. У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються судинні захворювання головного мозку, серед яких провідне місце посідають, гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – мозкові інсульти [1,2].

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення. В Україні щороку близько 110 – 125 тис. жителів переносять мозковий інсульт, який є однією з найчастіших причин інвалідності та смертності населення країни (Ковальчук В.В. 2007, Білянський О.Ю. 2008, Головченко Ю.И., Кадиков А.С. 2002). Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Слід зазначити, що 35,5% мозкових інсультів зустрічаються в осіб працездатного віку [1, 2, 5].

Гострі порушення мозкового кровообігу часто залишають після себе важкі дефекти у вигляді розладів рухів, координації, чутливості, мовлення та інших вищих мозкових функцій, що порушують працездатність, а іноді здатність до



самообслуговування. Водночас доведено, що застосування засобів фізичної реабілітації в гострому періоді захворювання зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує пацієнтів до вертикалізації та набуття елементарних навичок самообслуговування [4]. Правильно організована система реабілітації дозволяє зберегти соціальні можливості післяінсультних хворих та повернути їх до трудової діяльності.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На сьогодні існує значна кількість наукових праць, присвячених проблемі нейрореабілітації післяінсультних хворих (О.Н. Белова, О.Ф. Казачанська, В.В. Ковальчук, І.В. Магулка, Ю.Г. Петрова, В.І. Скворцова та ін.). Проте вони не вирішують в повній мірі питання соціально-побутової та соціально-трудової реабілітації хворих, що вимагає розширення комплексу застосовуваних заходів [3].

Більшість досліджень, які присвячені фізичній реабілітації, в більшій мірі стосуються судинних захворювань головного мозку, проте недостатньо висвітлено проблеми щодо застосування пісочної терапії, як в системі фізичної реабілітації хворих з різними видами мозкового інсульту, зокрема після перенесеного мозкового крововиливу [3].

Таким чином, розробка і впровадження нової методики реабілітації з застосуванням пісочної терапії для пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту є актуальними.

Тому **метою дослідження є** оцінка ефективності програми комплексної реабілітації осіб післяінсультних хворих із застосуванням пісочної терапії.

Об'єкт дослідження: комплексна реабілітація осіб післяінсультних хворих із застосуванням пісочної терапії.

Предмет дослідження: пісочна терапія в системі комплексної реабілітації післяінсультних хворих.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукових джерел, кількісний та якісний аналіз зібраних даних, математичні методи обробки даних, функціональні методи.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів:

Комплексна реабілітація осіб післяінсультних хворих має бути індивідуальною, комплексною, тривалою і спрямованою на всі ланки патогенезу, успіх якої залежить від своєчасності й адекватності застосування засобів реабілітації. Дослідження проводилось у 3 етапи.

На першому етапі – вивчено і теоретично осмислено проблему. Проведено аналіз літературних джерел з проблеми дослідження, що дозволило визначити мету, основні завдання та розробити схему дослідження.

На другому етапі – було проведено констатуючий експеримент. Його мета полягала у зборі інформації про важкість ураження та функціональний стан хворого. Учасники констатуючого експерименту мали однаковий рівень фізичного стану та ураження і були поділені на основну (ОГ) та групу порівняння (ГП). Результати констатуючого експерименту підлягали математико-статичній обробці і були використані у формуючому експерименті для порівняння, аналізу та доведення



ефективності програми комплексної реабілітації післяінсультних хворих із застосуванням пісочної терапії. Розроблено та впроваджено програму комплексної реабілітації.

На третьому етапі – проведено оцінювання впливу програми комплексної реабілітації для осіб післяінсультних хворих із застосуванням пісочної терапії.

Програма комплексної реабілітації, включала: ЛФК; масаж; пісочна терапія; ерготерапія; кінезіотерапія.

1. кінезотерапію (позиціонування; тренування мобільності; вправи для відновлення амплітуди рухів; силове тренування; кардіотренування; вправи для дрібної моторики; дихальні вправи; рухова терапія «індукована обмеженням»);

2. ерготерапію (активність у побуті; активність у праці і продуктивній діяльності; активність у рекреаційній діяльності);

3. масаж: на спастичних м'язах – за релаксаційною методикою; на м'язах антагоністах – за тонізуючою.

4. Пісочна терапія.

Кінезіотерапія. В.п.: лежачи, сидячи, стоячи з опорою, стоячи. Застосовувалися: активні вправи для здорових і паретичних кінцівок, дихальна гімнастика, навчання м'язового розслаблення, синхронне виконання вправ для здорових і паретичних кінцівок, вправи із предметами, з обтяженням, ходьба з опорою, за допомогою, пригнічення синкінезій вольовим зусиллям, механотерапія [3; 5]. Темп середній, амплітуда – від малої до повної. Тривалість заняття 30 – 45 хв (за можливості 2 рази на день).

Масаж. У програму комплексної реабілітації був включений масаж кінцівок. Методичні рекомендації: кожен прийом повторювали 3–4 рази; під час перших 3-х процедур масажували тільки дистальні відділи верхніх кінцівок, а вже на 4–5 процедурі включали верхні відділи рук та деяких грудних м'язів; при масажі кисті, утримувалися III–V пальці в положенні розгинання, а I палець в положенні відведення; до масажу включалися пасивні вправи на розтягування спастичних м'язів.

Масаж кисті та пальців. М'язи долонної поверхні кисті мають дуже великий тонус, м'язи тильної сторони – перерозтягнуті. Масаж долонної поверхні був щадний (погладжування і розтирання), масаж тильної сторони кисті – більш енергійним з використанням розминання. Починали масаж із пальців, потім переходили на тильну поверхню кисті і закінчували на долонній поверхні. Зрідка проявлялася наявність больових точок у основи I пальця та II, III, IV, V пальців на долонній поверхні нігтьових фалангів, допускалося розминання цих точок по седативній методиці.

Масаж передпліччя. При геміпарезі м'язи передньої і задньої поверхні передпліччя перерозтягнуті, тонус їх невисокий. Масаж починали із задньої поверхні прийомами погладжування, розтирання і розминання, потім масажували передню поверхню передпліччя погладжуванням і розтиранням [8].

Лікування положенням. Для уникнення розвитку патологічних поз, які є характерні після інсульту, а особливо основній патологічній позі Верніке-Манна,



ураженим кінцівкам ми надавали положення, яке є протилежне позі. Проводилося укладання уражених кінцівок в положенні лежачи на спині і здоровому боці. Ми змінювали розгинальне положення кінцівок на згинальне і навпаки.

Пісочна терапія. Техніка «пісочної терапії» виникла в рамках юнгіанського аналітичного підходу і багато в чому базується на роботі з символічним змістом несвідомого як джерелом внутрішнього росту, розвитку і самоцілення. Автором цього методу, що виник в п'ятидесятих роках минулого століття, вважається швейцарський юнгіанський аналітик Дора Калф [3].

Погоджуюсь з думкою В.А.Литвиненко, що у ході гри з піском активізуються самоцілюючі резерви психіки, які виявляються за певних умов у процесі терапії. Пісок поглинає негативну психічну енергію, стабілізує її емоційний стан і гармонізує її психоемоційне самопочуття. Процес пісочної терапії починається тоді, коли в результаті творчого імпульсу на поверхні пісочниці хворий створює певний образ. Кожного разу при контакті з піском відбувається своєрідне занурення у «безсвідоме». Створення пісочної композиції відображає зміст психічного життя [6].

Дора Калф, пройшла навчання у М. Лоуенфельд, побачила в цій методиці не тільки можливість допомоги висловлювати почуття, але й спосіб посилити зв'язок з глибокими несвідомими шарами психіки і допомогти процесу індивідуалізації та розвитку функцій, які вона вивчала у К. Г. Юнга.

Сам принцип пісочної терапії був запропонований ще К.Г. Юнгом, чудовим психотерапевтом, засновником аналітичної психотерапії. Пісок має властивість пропускати воду. У зв'язку з цим фахівці стверджують, що він поглинає негативну психічну енергію, взаємодія з ним очищає енергетику, стабілізує емоційний стан. Так чи інакше, спостереження і досвід показують, що гра в пісок позитивно впливає на емоційне самопочуття, це робить її прекрасним засобом для «турботи про душу» [7].

Таблиця 1

**Динаміка результатів дослідження ступеня тяжкості пареза за шкалою NIHSS
(National Institutes of Health Stroke Scale)**

Ступінь	Етап обстеження	
	Первинне обстеження	Повторне обстеження
	Основна група	
Легкий	2	3
Середній	2	1
Тяжкий	-	-
Дуже тяжкий	-	-
Контрольна група		
Легкий	1	2
Середній	2	1
Тяжкий	1	1
Дуже тяжкий	-	-

Результати дослідження ступеня тяжкості парезу у 2 хворих основної групи виявлено легкий ступінь тяжкості спастичного парезу, після реабілітації у 3 хворих, у 2 осіб середній ступінь тяжкості, після реабілітації 1 хворий (табл. 1). У групі порівняння відзначено 1 хворих з легким ступенем тяжкості спастичного парезу, після реабілітації 2 хворих, 2 – з середнім ступенем після –1, 1 – з тяжким ступенем.



Таблиця 2

**Результати ступеня спастичності м'язів верхньої кінцівки
за шкалою Ашворта(у балах)**

Тонус м'язів	Групи обстежених			
	Основна група		Контрольна група	
	Первинне обстеження	Повторне обстеження	Первинне обстеження	Повторне обстеження
	M ± m		M ± m	
Згиначів передпліччя	2,80 ± 0,30	1,90 ± 0,27	3,40 ± 0,20	2,70 ± 0,26
Привідних плеча	2,97 ± 0,20	2,00 ± 0,20	3,20 ± 0,22	3,10 ± 0,24

При обстеженні тону м'язів уражених кінцівок за модифікованою шкалою спастичності Ашворт виявлено, що показники спастичності основної групи зменшились 2,85 до 1,90 балів, що свідчить про відносну нормалізацію м'язового тону; а в групі порівняння з 3,30 до 2,75 балів (помірне підвищення м'язового тону) (табл. 2).

Таблиця 3

**Результати самообслуговування за шкалою Ренкіна
(Modified Rankin Scale – mRS)**

Оцінка	Групи обстежених							
	Основна група				Контрольна група			
	Первинне обстеження		Повторне обстеження		Первинне обстеження		Повторне обстеження	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0	-	-	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	2	25	3	37,5	1	12,5	2	25
3	1	12,5	1	12,5	2	25	1	12,5
4	1	12,5	-	-	1	12,5	1	12,5
5	-	-	-	-	-	-	-	-

До експерименту загальний стан хворих ОГ був оцінений у 3 бал, тобто хворі могли пересуватися за допомогою ортопедичних пристосувань, тільки в приміщенні, обслуговували себе за допомогою здорової кінцівки, потребували постійного догляду. Після впровадження програми комплексної реабілітації, з використанням пісочна терапії у комплексі з масажем, кінезіотерапією, лікуванням положенням, було виявлено помітне покращання втрачених функцій опорно-рухового апарату, та незначне відновлення навиків самообслуговування. Повторні результати дослідження хворих ОГ, дали можливість констатувати динаміку покращання (таб. 3), що становила 1 бали за шкалою оцінювання самообслуговування. Це означає, що



хворі почали пересуватися самостійно, але швидко втомлюватися, використовуючи ортопедичні пристосування, у деяких осіб був помітний больовий синдром; самообслуговування майже повне, відмічалися активні рухи в хворій кінцівці майже в повному об'ємі.

Щодо ГП, то загалом вихідні результати обстежуваних становили 4 бал за шкалою самообслуговування. Кінцеві результати засвідчили незначне покращання втрачених функцій самообслуговування і становили 2 бали (таб.3.), хворі могли самостійно пересуватися, використовуючи ортопедичні пристосування, і виконували основні операції по самообслуговуванню в більшій мірі здоровою рукою, частково допомагаючи хворою. Потребували сторонньої допомоги.

Висновки. Аналіз й узагальнення результатів експериментального дослідження дозволили констатувати більш стійку тенденцію до функціонального відновлення рухової сфери в післяінсультних хворих основної групи порівняно з хворими групи порівняння. У зв'язку з цим, запропонована комплексна програма комплексної реабілітації із застосуванням пісочної терапії може бути рекомендована для застосування в лікувальних закладах.

Список використаної літератури

1. Алфеева В. Визначення стадії відновлення хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу, як основний компонент реабілітаційного обстеження // Педагогіка, психологія та медико біолог. Проблеми фізичного виховання і спорту: Зб. наук пр. Харків : ХДАДМ (ХХПІ), 2004. №24. С. 3–8.
2. Архипов В. Реабилитация пациента после инсульта. Сестринское дело. 2001. № 1. С. 40 – 41.
3. Власова О.В. Развитие дрібної моторики рук / уряд. О.В. Власова; іл..О.В.Зеркалій.-Харків.: Основа, 2011.–159с.
4. Баделян Л. О. Невропатология : учеб.для студ. дефектол. ф-тов. высш. пед. учеб. Заведений. 2003. 368 с.
5. Білянський О. Ю., Куц О.С. Методика реабілітації хворих після перенесеного мозкового інсульту. Львів : ППК Глобус, 2007. 138 с.
6. Литвиненко В.А. Основи арт-терапії: навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2-ге видання, перероблене і доповнене. / В.А. Литвиненко — Суми : ФОП Цьома С.П., 2016. – 136с.
7. Штейнхардт Л.Ш. Юнгианская песочная психотерапия / Л.Ш. Штейнхардт .– СПб.: Питер, 2001.– 320с.

**Заговайло О. О.,
Литвиненко В.А.,**

**Zahovaylo O. O.,
Lytvynenko V. A.**

ART TECHNOLOGIES IN THE SYSTEM OF PHYSICAL THERAPY OF ATO PARTICIPANTS

The article considers art technologies as a comprehensive program of physical rehabilitation of ATO participants . The program is based on the inclusion of classes in music therapy, sand therapy, fine art therapy, these methods are aimed at restoring