

Література

1. Айвазян С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов. – М.: Статистика, 1974. – 240 с.
2. Дзяк Г. В. Суточное мониторирование артериального давления: [монография] / Г. В. Дзяк, Г. В. Колесник, Ю. Н. Погорецкий. – Днепропетровск, 2005. – 200 с.
3. Декларацийний патент на винахід UA 65491 А А61 В 5/00, А 61 В 10/00 Спосіб оцінки якості життя, переважно у осіб з артеріальною гіпертензією: Пат. UA 65491 А Г. В. Дзяк, І. В. Дроздова (Україна) Дніпропетровська державна медична академія. – № 2003 121 1381; заявл. 11.12.2003; опуб. 15.03.2004, Бюл. «Пром. власність України» № 3, 2004 р. – 10 с.
4. Елисеєв О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеєв – [2-изд.]. – СПб.: Питер, 2005. – 509 с.
5. Кришталь В. В. Нозогенни при артеріальній гіпертензії // В. В. Кришталь, І. В. Дроздова, Г. В. Дзяк. – Днепропетровск: Пороги, 2008. – 288 с.
6. Купер Д. Э. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Д. Э. Купер; пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
7. Мацуга О. М. Інформаційна технологія обробки неоднорідних медичних даних для підтримки прийняття рішень під час діагностики. автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. техн. наук: спец. 05.13.06 «Автоматизовані системи управління та інформаційні технології» / О. М. Мацуга. – Дніпропетровськ, 2007. – 18 с.
8. Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» – 55 с. [WWW-документ]. URL <http://www.ifp.kiev.ua>
9. Приставка П. О. Інформаційно-діагностична система «ViStA Med» обробки сигналів артеріального тиску добового моніторингу / П. О. Приставка, А. Ю. Дереза // Електроніка та системи управління. – 2006. – № 2 (8). – С. 13–18.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: [уч. пособие] / Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ, Москва, 2002. – 172 с.
11. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України. Аналітично-статистичний посібник – рекомендований для кардіологів, ревматологів, терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / Під ред. Коваленка В. М., Корнацького В. М. – К., 2011. – 164 с.



УДК-615.825

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
КАК МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ
РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ НА БАЗЕ КЛИНИКИ ГУ «УКРАИНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ ИНВАЛИДНОСТИ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ»**

С. А. Пиндичев, Е. В. Канюка

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности Министерства здравоохранения Украины», г. Днепропетровск

Резюме

У статті розглянуто застосування лікувальної фізкультури та масажу як додаткового методу лікування хворих та інвалідів із захворюванням на розсіяний склероз у клініці ДУ «УкрДержНДІМСПІ МОЗ України». Проаналізовано динаміку показників за 2010 – 2011 рр. Рекомендовано долучати комплекси лікувальної фізкультури у формування індивідуальних програм реабілітації при цій патології. Визначена доцільність роботи в цьому напрямку.

Ключові слова: лікувальна фізкультура, розсіяний склероз, реабілітація.

Summary

The article reviews the use of physical exercise and massage as a complementary method of treatment of patients and disabled with the multiple sclerosis in in SI "«Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Public Health of Ukraine»." Analyzing the data of 2010 – 2011 period. Inclusion of physical therapy in to the individual rehabilitation programs for this disease are recommended. Determined the feasibility of working in this direction.

Keywords: Physiotherapy, multiple sclerosis, rehabilitation.

Введение

Рассеянный склероз (РС) – заболевание с выраженной клинической вариабельностью, непредсказуемостью прогноза, неизвестной этиологией и недостаточно изученным патогенезом. Приблизительное общемировое количество больных РС – 1,1 – 2,5 млн. человек. До сих пор не найдено единственного фактора, являющегося непосредственной причиной заболевания. Поэтому наиболее распространенной является гипотеза о мультифакторной природе РС. Ее медицинская и социальная значимость обусловлена высокой частотой болезни, поражением лиц молодого, трудоспособного возраста с относительно быстрой инвалидизацией при недостаточной эффективности, в ряде случаев, существующих терапевтических средств [2].

К патофизиологическим проявлениям РС относятся снижение мышечной силы, мышечная атрофия, спастичность, спастические параличи, повышение сухожильных рефлексов, расстройство чувствительности, нарушение двигательных функций, снижающие уровень жизнедеятельности больного [3].

Лечение РС включает медикаментозную терапию, кинезотерапию, физиотерапевтические процедуры. Выбор методов лечения осуществляется индивидуально по каждому пациенту.

Кинезотерапии (лечение движением) принадлежит важная роль в реабилитации больных с РС. Применяют в основном лечебную гимнастику, массаж и постуральные упражнения (лечение положением).

Для снижения повышенного мышечного тонуса используются активные и пассивные упражнения с дозированным напряжением и расслаблением спастических мышц. Начинают с напряжения

минимальной активности, в дальнейшем интенсивность волнообразно меняется.

Занятия лечебной гимнастикой с пациентами с заболеванием РС проводятся 1 – 3 раза в день с методистом.

Лечебную гимнастику сочетают с массажем. Воздействие на мышцы осуществляется в зависимости от их состояния и конкретной терапевтической задачи приемами классического массажа. Массаж следует проводить после физиотерапевтического лечения.

Более выраженный положительный эффект наблюдается при раннем начале лечения РС. При длительном сроке заболевания достижение существенного улучшения менее вероятно [2].

Цель исследования

Исследовать показатели применения методов лечебной физкультуры у пациентов с заболеванием РС в период обследования и лечения в клинике ГУ «Укр Гос НИИ МСПИ МЗО Украины» за период 2010 – 2011 гг.

Методы и организация исследования

В клинике института проходили обследование и лечение 85 пациентов с РС, которые посещали индивидуальные занятия по лечебной физкультуре с выполнением лечебных комплексов и механотерапии на тренажерах (Орбитрек), велотренажер. Больные были разделены на две группы наблюдения. Первую группу составили пациенты, у которых имелась группа инвалидности – 46 человек (54%). Во второй группе были пациенты, которые не имели группу инвалидности – 39 человек (46%). Пациенты обеих групп наблюдения получали процедуры ЛФК и массажа. Комплексы выполнялись из исходных положений лежа, сидя, стоя с использованием специальных гимнастических упраж-

нений без предметов и с предметами (гимнастическая палочка, мяч, медбол). Процедура лечебной физкультуры продолжалась 30–35 минут индивидуальным или малогрупповым методом (по 2 – 3 пациента в группе) по свободному режиму. Каждое занятие лечебной физкультуры состояло из 3 частей:

1. Подготовительной – 10 минут. В подготовительной части больные выполняли гимнастические упражнения для крупных, средних и мелких мышечных групп. Исходные положения: сидя, стоя. Темп выполнения упражнений – медленный.

2. Основной – от 15 до 20 минут. В основной части добавлялись упражнения с предметами (гимнастическая палочка, мяч). Занятия на тренажерах (велотренажер, орбитрек) с дозированной нагрузкой. Нагрузка в начале курса была минимальной, затем постепенно увеличивалась от 1 до 3 – 4-х. Упражнения возле шведской стенки. Исходные положения: сидя, стоя. Мышечные группы – крупные, средние. Темп выполнения упражнений – медленный, средний.

3. Заключительной – от 5 до 10 минут. Все упражнения выполнялись под контролем инструктора-методиста или врача ЛФК. В заключительной части выполнялись упражнения для средних и мелких мышечных групп из исходных положений сидя и лежа. Дыхательная гимнастика. Темп выполнения упражнений – медленный [1].

Все упражнения выполнялись под контролем инструктора-методиста или

врача ЛФК. Курс функционального лечения состоял из 10 процедур лечебной физкультуры и 10 процедур массажа.

Важным является то, что во время тренировки пациент видит положительную динамику результатов, как субъективно, так и на расположенных на панелях тренажеров мониторах, что оказывает позитивное воздействие на психологическую составляющую заболевания, уменьшает состояние апатии и стимулирует стремление к продолжению занятий. Благодаря используемой методике функционального лечения (ЛФК, массаж) повышается активность «мышечного компонента» движения, что позволяет повысить силу, выносливость мышц и толерантность к физической нагрузке.

Исследование показало рост количества пациентов с РС, которые получали процедуры в кабинете ЛФК клиники института в период 2010 – 2011 гг. Больные субъективно отмечали улучшение общего состояния, снижение утомляемости, повышение работоспособности и психоэмоционального фона. Полученные нами результаты субъективного улучшения самочувствия больных с РС соответствуют полученным данным исследований коллективов российских ученых, в которых показано, что эффективность реабилитационных мероприятий тем выше, чем раньше они начаты. Это общее для реабилитологии правило справедливо и для больных РС. Субъективно положительный эффект от терапии ощущали большинство (79,9%) пациентов [4,5].

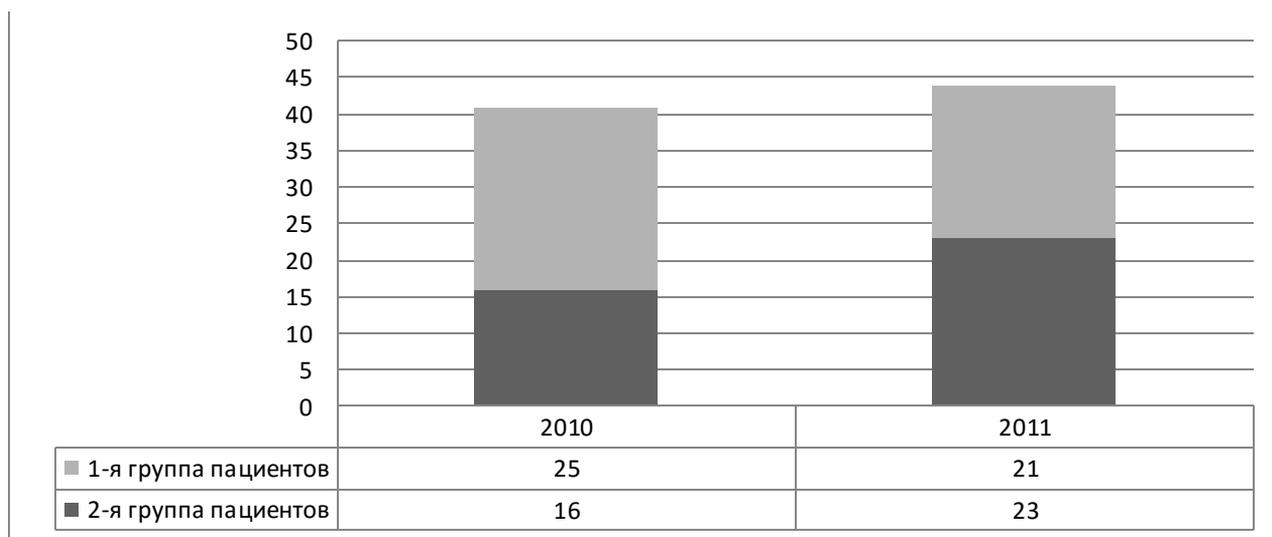


Рис 1. Распределение пациентов обеих групп наблюдения по годам

Ниже представлены графики и таблицы, отражающие количественные показатели пациентов с диагнозом РС, которые проходили лечение в клинике института и получали процедуры лечебной физкультуры и массажа в кабинете ЛФК в 2010 – 2011 гг.

Распределение больных по группам

Группы	1-я группа	2-я группа	Итого
Пациенты	46	39	85
%	54	46	100



Рис 2. Инвалидность у пациентов, проходивших лечение в 2010 – 2011 гг.

В процентном соотношении: 54% наблюдаемых пациентов являлись инвалидами, 46% пациентов не имели группы инвалидности.

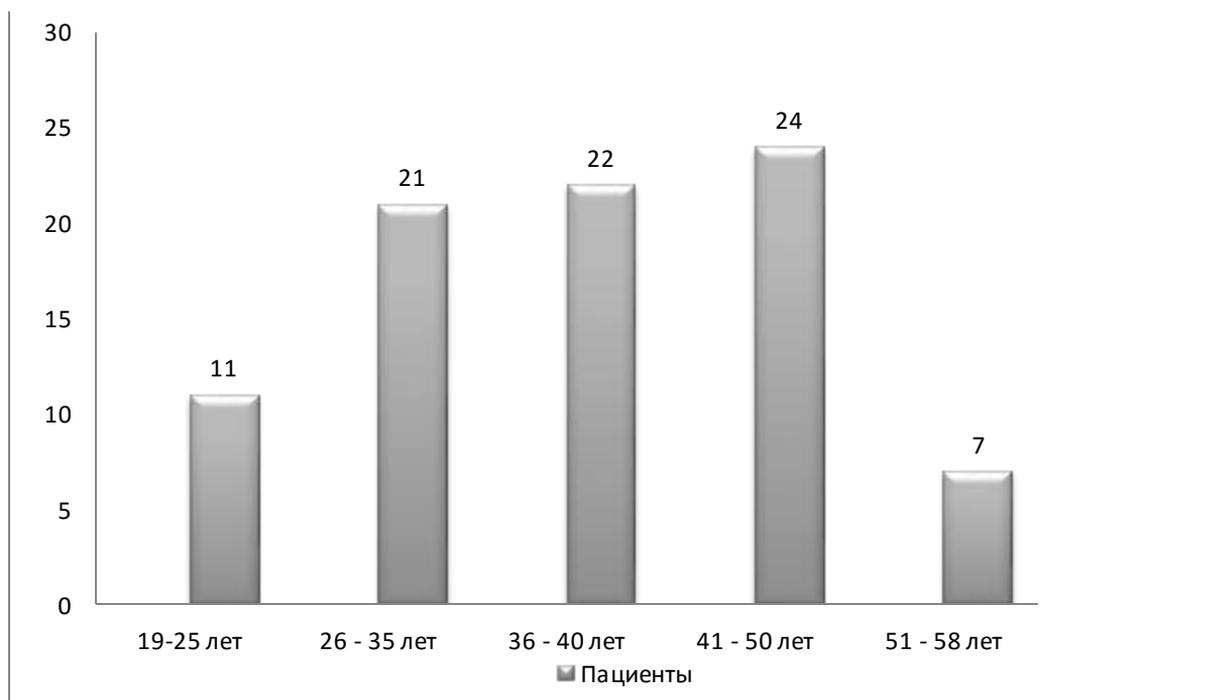


Рис 3. Распределение больных по возрасту в 2010 – 2011 гг.

По данным диаграммы максимальное количество пациентов – 78% имели возраст 26 – 50 лет, что свидетельствует об огромной социальной значимости данной патологии среди лиц трудоспособного возраста.

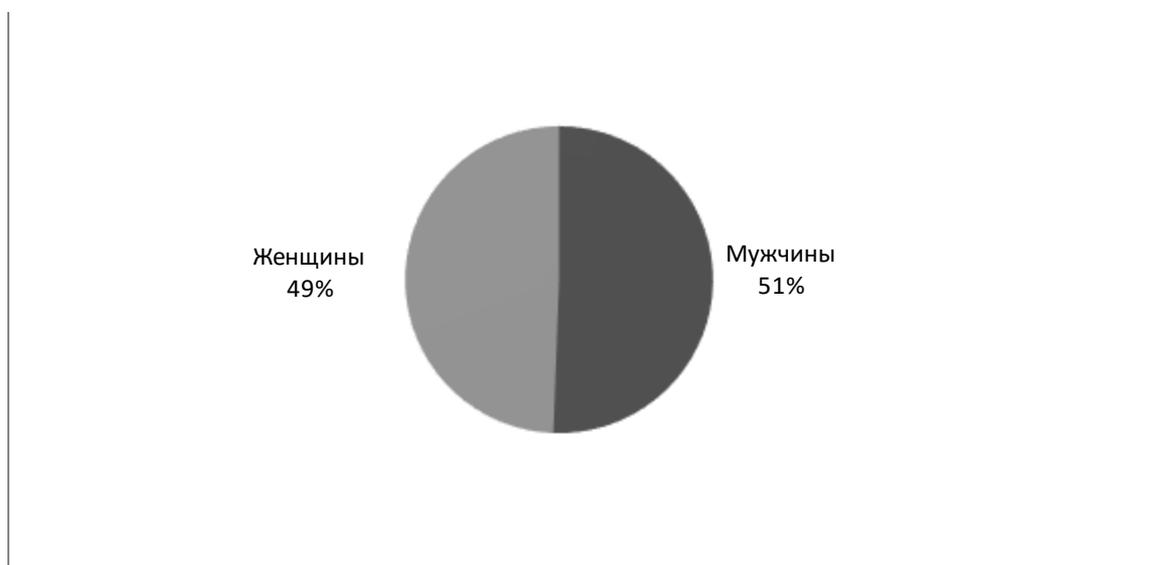


Рис 4. Распределение пациентов по полу

Распределение показателей занимающихся мужчин и женщин с диагнозом РС в кабинете ЛФК свидетельствует об примерно одинаковой частоте госпитализаций в клинику института по половому признаку.



Рис 5. Процедуры массажа

Большинство пациентов с заболеванием РС (73%) получали на курс по 10 процедур массажа.

Выводы

1. Выявлена возрастающая потребность пациентов с РС в занятиях лечебной физкультурой на стационарном этапе лечения.

2. По результатам исследования большинство пациентов (78%) имели возраст 26 – 50 лет, что свидетельствует об огромной социальной значимости данной патологии среди лиц трудоспособного возраста.

3. Пациенты обеих групп наблюдения субъективно отмечали улучшение своего состояния после курса процедур ЛФК и массажа.

4. Рекомендации по применению лечебной физкультуры целесообразно включать в индивидуальные программы реабилитации для больных и инвалидов с РС.

5. Применение средств лечебной физкультуры требует дальнейших исследований, доказывающих эффективность данных реабилитационных программ при заболеваемости рассеянным склерозом.

Литература

1. Епифанов В. А. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации больных и инвалидов // Лечебная физкультура и спортивная медицина – 2009. – №7(67). – С.57–60.

2. Климов Ю. А., Бойко А. Н., Попова Н. Ф., Лаш Н. Ю., Петров А. В., Овчаров В. В. Аппаратные методы реабилитации двигательных нарушений у больных рассеянным склерозом // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С Корсакова – Том 111. – 2*2011. – С. 82–85.

3. Завалишин И. А., Переседова А. В., Стойда Н. И., Гурьянова О. Е., Арузманиян Н. Ш. Диагностика и лечение рассеянного склероза // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С Корсакова – Том 111. – 6*2011. – С. 89–96.

4. Хабиров Ф. А., Власов Я. В., Есин Р. Г., Кочергина О. С., Бабичева Н. Н., Захаров А. В., Кацнельсон В. М., Хайбуллин Т. И. Комплексная реабилитация больных с рассеянным склерозом в условиях лечебно-профилактических учреждений // Нейроиммунология. – Том VII, № 2, 2009. – С. 62–68.

5. Повереннова И. Е., Власов Я. В., Кацнельсон В. М., Тореева Е. К. Оценка качества оказания медицинской помощи больным рассеянным склерозом: новые аспекты старой проблемы // Нейроиммунология – Том VII, № 2, 2009. – С.68 – 75.

