

## Ерготерапевтичне втручання після гострого порушення мозкового кровообігу

Парфанюк Тетяна, Без'язична О.В.

Харківська державна академія фізичної культури  
Харків, Україна

DOI: [https://doi.org/10.15391/prrht.2021-6\(2\).04](https://doi.org/10.15391/prrht.2021-6(2).04)

**Анотація.** Розглянуто ерготерапевтичне втручання у пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу. Наведено основні проблеми у даного контингенту осіб, які потребують ерготерапевтичного втручання.

**Ключові слова:** гостре порушення мозкового кровообігу, ерготерапія, неглект.

## Occupational therapy after acute cerebral circulatory disorders

Tatiana Parfanyuk, Olha Beziazychna

Kharkiv State Academy of Physical Culture, Ukraine

**Summary.** Occupational therapeutic intervention in patients after stroke is considered. The main problems of this contingent of persons in need of occupational therapy intervention are given.

**Key words:** stroke, occupational therapy, neglect.

**Вступ.** Щороку гостре порушення мозкового кровообігу розвивається у 16 млн. жителів планети, 6 млн. з яких помирають унаслідок ускладнень. 40-50 % хворих помирають протягом першого року після інсульту, а 80 % тих, що вижили, залишаються неповносправними, залежними від оточуючих [3].

У світовій практиці відновного лікування (реабілітації) для набуття оптимальної самостійності в житті пацієнта після інсульту провідне місце займає мультидисциплінарний підхід, який передбачає участь декількох фахівців: фізичного терапевта (фізичного реабілітолога), який забезпечує відновлення рухових функцій, ерготерапевта (забезпечує відновлення функцій верхньої кінцівки (кисті) й адаптує до повсякденної діяльності), мовленнєвого терапевта, тобто логопеда (відновлення мови і ковтання), медичного психолога (слідкує за психологічним станом пацієнта і не допускає депресії). Закордоном ерготерапія застосовується давно і є логічним продовженням процесу фізичної терапії [1,4].

Основним засобом терапевтичного впливу ерготерапевта є заняттєва активність - цілеспрямована діяльність у сфері самообслуговування, дозвілля та продуктивної діяльності (праці), яку ерготерапевт обирає, адаптує і використовує відповідно до індивідуальних особистісних потреб, вподобань і функціональних можливостей пацієнта та з урахуванням факторів середовища його життєдіяльності.

Результатами ерготерапевтичного втручання є:

1. Розширення та покращення заняттєвої участі пацієнта через удосконалення (відновлення, розвиток) функцій організму; набуття, відновлення або підтримання функціональних навичок пацієнта.

2. Особисте задоволення пацієнта від заняттєвої участі.

3. Підвищення рівня незалежності.

4. (Ре) інтеграція у домашнє, робоче, освітнє, соціальне середовище.

5. Попередження хворіб та ускладнення тощо [7].

**Мета роботи:** охарактеризувати основні аспекти ерготерапевтичного втручання після гострого порушення мозкового кровообігу.

**Матеріал та методи:** аналіз літературних джерел з наукометричних баз України, Physiopedia, системний аналіз, синтез та узагальнення науково-методичної літератури. Ключові слова в стратегії пошуку, були: гостре порушення мозкового кровообігу, ерготерапія.

**Результати.** Основними проблемами осіб після гострого порушення мозкового

кровообігу, з якими працюють ерготерапевти, є:

- ❖ слабкість (геміпарез) чи параліч (геміплегія), що може переважати у всій половині тіла чи тільки в руці або нозі;
- ❖ спастичність, скутість у м'язах, болісні м'язові спазми;
- ❖ порушення координації або рівноваги;
- ❖ неуважність чи сенсорне ігнорування однієї сторони тіла (неглект);
- ❖ біль, оніміння чи порушення чутливості;
- ❖ проблеми з пам'яттю, мисленням, увагою та навчанням;
- ❖ важкість у виконанні повсякденних дій побутового характеру (самообслуговування).

У пацієнтів, які перенесли інсульт, ерготерапія починається на стаціонарному етапі.

Для проведення занять у відділеннях повинні бути навчальні приміщення, в яких відтворюється обстановка кухні, туалету, ванної кімнати, де хворі навчаються побутовим навичкам, а також спеціалізовані трудові майстерні в реабілітаційних підрозділах. Заняття можуть проходити як в індивідуальній формі (навчання навичкам вставання, утримання рівноваги, вміння одягнути себе тощо), так і в групі (різні ігри, творчі завдання - в'язання, ліплення, спів тощо).

Тренування щодо покращення персональних навичок повсякденної активності рекомендовані всім пацієнтам, що перенесли інсульт, залежно від індивідуальних потреб і з урахуванням функціонального дефіциту, можуть починатися вже в гострому періоді інсульту (залежно від стану хворого). Рекомендована тривалість занять, що проводяться щодня або через день, становить 20-40 хв [1,2,4].

Навчання щоденним побутовим видам діяльності, спрямованим на самообслуговування, починається в гострому періоді, коли хворий знаходиться в ліжку. Використовують рухи здорової сторони, які збереглися, поступово, при появі активних рухів в ураженій стороні, їх включають у діяльність (головним чином, як допоміжні).

В подальшому ерготерапевт вирішує конкретні проблеми, які виникають у людини в процесі виконання якихось звичайних дій. Щоб виявити їх, він може попросити виконати якесь завдання – написати, намалювати, відкрити пляшку або зав'язати шнурки на черевиках. Спостерігаючи за виконанням завдання, ерготерапевт визначає труднощі й обмеження у виконанні дії пацієнтом.

Тобто, ерготерапія – це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, спрямована на тренування дрібної моторики, координації, чутливості, вона включає в себе знання з декількох спеціальностей – психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії, що є важливим при роботі з пацієнтами, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу.

За допомогою ерготерапії відновлюються й удосконалюються не тільки рухові, а й когнітивні й емоційні можливості. Отже, ерготерапевта цікавить не тільки стан пацієнта і характер його захворювання, має значення все – оточення людини, спосіб її життя до хвороби, особисті схильності та захоплення, рівень інтелекту тощо [4,5].

Розглянемо ерготерапевтичне втручання при неглекті.

Неглект (ігнорування) – порушення, що виражається в ігноруванні половини тулуба і/або простору та інформації з ураженої сторони.

Ознаки неглекту:

- ❖ насильницький поворот голови та очей в здорову сторону, часто – асиметрична поза сидючи з відхиленням в уражену сторону,
- ❖ «забування» кінцівки при зміні пози,
- ❖ умивання та гоління однієї половини обличчя,
- ❖ одягання однієї половини тіла,
- ❖ з'їдання їжі з однієї половини тарілки, письмо з відступом від краю аркуша,
- ❖ утруднене читання при хорошому зорі (пацієнт не може знайти початок рядка).

Види неглекту.

Без порушення поведінки:

- ❖ сенсорний (зоровий, слуховий, тактильний),
- ❖ руховий (рух в кінцівці),
- ❖ репрезентативний (географічний у пам'яті, сні)

З порушенням поведінки:

- ❖ особистісний (заперечення приналежності ноги, проблеми при голінні),
- ❖ просторовий (стимули з простору, предмети поруч та на відстані, компонент синдрому аногнозії).

Цілями втручання є:

- 1 . Поліпшити рівень сприйняття.
- 2 . Зменшити обмеження активності і соціальної участі (ефективне виконання діяльності в повсякденному житті).
- 3 . Навчання піклувальників і персоналу.
- 4 . Безпечне переміщення і симетричні пози (плече).

Часу чекати відновлення немає, тому вироблена компенсація дозволяє підтримати діяльність і сприяє відновленню функції. Завжди одночасно – виробляємо компенсації, очікуючи відновлення.

В таблиці 1 наведено стратегії ерготерапевтичного втручання при неглекті.

*Таблиця 1*

**Стратегії**

<i>Розвиваючі</i>	<i>Компенсуючі</i>
<p>Стимуляція ураженої сторони Поступове залучення у простір ураженої сторони (склянка з водою, комп'ютерні ігри, доміно)</p>	<p>Яскраві ярлики (подушки, лінії) Буквальні підказки</p>

*Розвиваюча стратегія*

- ❖ Підхід до пацієнта зі слабкого боку
  - ❖ Доторкання до ігнорованої руки під час розмови
  - ❖ Повороти на слабку сторону, особливо за участю пацієнта
  - ❖ Одягання перед дзеркалом
- Залучення паретичних кінцівок в діяльність  
Навіть невеликі рухи паретичною рукою значно покращують загальне функціонування.
- ❖ Вставання з використанням слабкої руки
  - ❖ Використання руки при митті тіла – «рукавичка»
  - ❖ Використання руки при вмиванні – опора на край раковини
  - ❖ Притримувати тарілку під час їжі

*Компенсуючі стратегії*

Яскраві предмети розташовані з ігнорованої сторони. Сканування простору до яскравого стимулу (червоний предмет, червона риска, світло над дверима). Під час вмивання, читання від/ до червоної межі.

Блокування правого поля зору при лівосторонньому неглекті – окуляри із затемненням зі збереженої сторони (скельця пропускають до 8% видимого світла)

Сенсорна стимуляція [2,5,6]:

- ❖ Холодна/тепла вода у слуховий прохід
  - ❖ Вібрація шиї та руки з паретичної сторони
  - ❖ Самомасаж паретичних кінцівок
  - ❖ Візуальні/словесні/звукові підказки
- Комп'ютерні технології:
- ❖ Відстеження рухомих або «спливаючих» об'єктів
  - ❖ Доміно, карти, шахи
  - ❖ Пазли, пасьянси
  - ❖ Знайти цифри або букви, тварин
  - ❖ Комп'ютерні ігри «ходилки» і «збиралки».
- Просте та доступне:
- ❖ Перекотування м'яча зі сторони в сторону, в ціль (при важкому неглекті та парезі руки – здоровою рукою).
  - ❖ Паперові ігри з необхідністю використання всього поля (кросворди, морський бій).
  - ❖ Оригамі – складання фігур із паперу, необхідна робота двох рук.

**Висновки.** Ерготерапія є складовою міждисциплінарного підходу у відновно-реабілітаційному лікуванні пацієнтів після гострого порушення мозкового кровообігу. Довготермінова мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людини, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті.

### **Список використаної літератури**

---

1. Віничук, С.М., Фартушна, О.Є. (2016). Рання реабілітація після гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу. *Міжнародний неврологічний журнал*, 8, 34-39.
2. Джексон Терез. *Occupational therapy and stroke*. 2001. 22 с.
3. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Ішемічний інсульт. №602. (2012).
4. Піонтківська, Н.І., Фломін, Ю.В., Самосюк, Н.І. (2012). Фізична реабілітація – важливий крок до незалежного життя після інсульту. *Международный неврологический журнал*, 8 (54), 45-47.
5. Brain Reorganization, Recovery and Organized Care: Електронний ресурс. *Stroke Rehabilitation Clinician Handbook*. 2016. Режим доступу: <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter%20Brain%20Reorganization%2C%20Recovery%20and%20Organized%20Care.pdf>.
6. Paskaleva, R., Milcheva, H. Kinesitherapy, ergotherapy and sport as factors improving the quality of life of older people. (2016). *Activities in Physical Education and Sport*, Vol. 6, No. 1, 117-119.
7. Vaishnavi, S, Rao, V, Fann, JR. (2009). Neuropsychiatric problems after traumatic brain injury: Unraveling the silent epidemic. *Psychosomatics*, 50, 198-205.
8. Shchetynin V.V., Skripka O.G., Boboshko R.O., Dondoreva I.S. (2020). The use of a simulator for the fingers of the hand in the rehabilitation of patients with the consequences of cerebral strokes. *Fizicna Reabilitacia ta Rekreativno-Ozdorovci Tehnologii*, 5(3), 4-11. [https://doi.org/10.15391/prrht.2020-5\(3\).01](https://doi.org/10.15391/prrht.2020-5(3).01)

### **Відомості про авторів**

---

**Парфанюк Тетяна:** студентка Харківської державної академії фізичної культури м. Хакрів, Україна  
orcid.org/ 0000-0003-0434-2086  
E-mail: [tparfanyuk@gmail.com](mailto:tparfanyuk@gmail.com)

**Tatiana Parfanyuk** – student of Kharkiv State Academy of Physical Culture Kharkiv, Ukraine  
orcid.org/ 0000-0003-0434-2086  
E-mail: [tparfanyuk@gmail.com](mailto:tparfanyuk@gmail.com)

**Без'язична Ольга .Володимирівна:** кандидат наук з фізичного виховання і спорту, старший викладач Харківська державна академія фізичної культури. м. Хакрів, Україна  
orcid.org/ 0000-0001-9987-6405  
E-mail: [obezyazychnaya@gmail.com](mailto:obezyazychnaya@gmail.com)

**Olha Beziazychna** - Candidate of Science (Physical Education and Sport), Senior Lecturer Kharkiv State Academy of Physical Culture Kharkiv, Ukraine  
orcid.org/ 0000-0001-9987-6405  
E-mail: [obezyazychnaya@gmail.com](mailto:obezyazychnaya@gmail.com)