

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И СПОРТА УКРАИНЫ**

АЛЯ ОМАР САМАРА АБДУЛЛАХ

УДК:796.06:616.832-004.2-085

**ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С РАССЕЯННЫМ
СКЛЕРОЗОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА**

24.00.03 – Физическая реабилитация

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата наук по физическому воспитанию и спорту

Киев – 2011

Диссертацией является рукопись

Работа выполнена в Национальном университете физического воспитания и спорта Украины, Министерство образования и науки, молодежи и спорта Украины

Научный руководитель

кандидат медицинских наук, доцент **Редковец Тамара Григорьевна**, Национальный университет физического воспитания и спорта Украины, доцент кафедры физической реабилитации

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Бойчук Татьяна Вячеславовна**, Прикарпатский национальный университет им. В. Стефаника Министерство образования и науки, молодежи и спорта Украины, заведующая кафедрой физической реабилитации;

кандидат медицинских наук **Кобысь Татьяна Александровна**, Клиническая городская больница № 4 г. Киева, Городской центр рассеянного склероза, Министерство здравоохранения Украины, заведующая отделением демиелинизирующих заболеваний нервной системы

Защита состоится «30» июня 2011 г. в 12-30 на заседании специализированного ученого совета Д 26.829.02 в Национальном университете физического воспитания и спорта Украины (03680, Киев-150, ул.Физкультуры,1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального университета физического воспитания и спорта Украины (03680, Киев-150, ул. Физкультуры,1).

Автореферат разослан «26» мая 2011 г.

Учёный секретарь
специализированного ученого совета

Г. В. Коробейников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Актуальность. Потребность развития и совершенствования системы медико-социальной и физической реабилитации (ФР) (И.А. Завалишин, 2003; К.З. Бахтиярова, 2006; Н.В. Хачанова, 2006; Т.Н. Резникова, 2006) обуславливается ростом заболеваемости рассеянным склерозом (РС) и прогрессирующей инвалидностью больных. Через 10 лет до 50 % больных не могут выполнять профессиональные обязанности, а через 20 лет у них возникают проблемы с самообслуживанием (О.Ю. Бударна 2005; Т.В.Бойчук, 2007, 2010). Распространенность РС в странах Европы составляет 50–150 случаев на 100 тысяч населения, (А.Т. White, 2001; A. Romberg et al, 2004; Н.А. Тотолян, 2005), в Украине – 25,1 случаев, в Киеве – 50,6 случаев на 100 тысяч населения (С.М. Виничук, 2000). Учитывая выше изложенное, ФР приобретает большую значимость в восстановлении здоровья больных РС. Этим обуславливается и объясняется актуальность работы.

Основные вопросы механизма развития РС и реабилитации остаются не раскрытыми и недостаточно освещены в литературе (Г.М. Зильфов, 2002; А.Ю. Макаров, 2003). В соответствии с мультифакторной гипотезой комбинация внешних факторов, у генетически предрасположенных лиц, вызывает аутоиммунную агрессию миелина и образование склеротических бляшек (А.П. Ельчанинов, 1986; В.И. Гузева, 2003; С.М. Виничук, 2004). Неоднородность процессов поражения и восстановления миелина приводят к волнообразному течению болезни, к многообразию прогрессирующих расстройств.

В специальной литературе широко представлены медикаментозные аспекты терапии больных с РС (С.М. Виничук, 2004; Т.А. Кобысь, 2008). Вопросы комплексного использования средств ФР освещены в литературе недостаточно. Но есть данные, что сочетание современных медикаментозных методов патогенетического лечения с симптоматическим лечением (лечебной гимнастикой, физическими упражнениями) способно изменить клиническую картину и повысить качество жизни больных (Е.И. Гусев, 2001; Т.А. Кобысь, 2007; Е.В. Хивинцева, 2007). Эффективность реабилитации лиц с РС остаётся низкой, что связано с неясностью механизмов развития болезни и с объективной сложностью проблемы реабилитации таких больных. Ряд стимулирующих физиотерапевтических процедур и физических факторов вызывают обострение у больных РС и поэтому являются противопоказанными (О. К. Марченко, 2006, Т. Н. Резникова, 2006). А рефлексотерапия слабо задействована в реабилитации лиц с РС, но знание ее механизмов действия позволяет использовать в реабилитации (Д.М. Табеева, 1994; Г. Лувсан, 2000).

Связь работы с научными планами темами. Исследование по диссертационной работе выполнялись согласно Сводному плану НИР в сфере физического воспитания и спорта на 2006–2010 гг. Министерства по делам семьи, молодежи и спорта по теме 2.2.1, «Физическая реабилитация. Реабилитационная и спортивно-массовая работа среди инвалидов», № госрегистрации 0101400617. Роль автора (как исполнителя темы) заключалась в разработке программы ФР и оценке ее влияния на состояние лиц

с РС.

Цель исследования – обосновать и разработать комплексную программу физической реабилитации для лиц с рассеянным склерозом с использованием методов Оннури терапии на стационарном этапе лечения.

Задачи

1. По данным источников специальной научно-методической литературы изучить состояние вопроса о проблеме рассеянного склероза и о физической реабилитации лиц с рассеянным склерозом.

2. Исследовать клинические проявления и двигательную активность лиц с рассеянным склерозом, находящихся на лечении в условиях стационара.

3. Обосновать и разработать комплексную программу физической реабилитации с определением соотношения средств и методов реабилитации, последовательности их использования и интенсивности воздействия, применяя в сочетании лечебную гимнастику и методы Оннури терапии (саморефлексотерапии): точечный массаж, аппликацию семян и воздействие цветом у больных рассеянным склерозом.

4. Применить у больных рассеянным склерозом разработанную программу физической реабилитации и определить ее эффективность.

Объектом исследования – система физической реабилитации больных рассеянным склерозом в комплексной терапии в условиях стационара.

Предметом исследования – технология использования комплексной программы средств физической реабилитации у лиц с рассеянным склерозом в условиях стационара.

Методы исследования: анализ научно-методической литературы; педагогический эксперимент; контент-анализ; клинические методы (опрос, анкетирование, осмотр, сухожильно-мышечная и пунктурная диагностики, тестирование); инструментальные методы (пальметрия, миотонометрия, антропометрия, магнитно-резонансная томография (МРТ)); методы математической статистики.

Научная новизна работы раскрывается в том, что:

– впервые доказана возможность использования для лиц с РС в ФР сочетания лечебной гимнастики с методами Оннури терапии (саморефлексотерапии);

– впервые для лиц с РС определена технология программы ФР, которая заключается в последовательности использования лечебной гимнастики (ЛГ) и методов саморефлексотерапии после проведения сухожильно-мышечной и пунктурной диагностик;

– впервые предложено введение информационно-обучающих технологий в систему реабилитации для лиц с рассеянным склерозом;

– впервые применены сухожильно-мышечная и пунктурная диагностики для динамической оценки состояния лиц с РС в процессе реабилитации;

– впервые для лиц с РС в ФР на стационарном этапе лечения применяются для саморефлексотерапии воздействия цветом, аппликация семян и самомассаж зон соответствия;

– впервые определены методики проведения точечного самомассажа,

аппликации семян и воздействия цветом для лиц с рассеянным склерозом;

– дополнены данные о теоретических представлениях механизмов взаимодействия предложенных средств и методов на организм больного с РС;

– получены подтверждающие данные о положительном влиянии физических упражнений (на растяжение, на расслабление, на координацию и др.) на снижение тонуса мышц и восстановление двигательной активности у лиц с рассеянным склерозом, а также о необходимости их использования в лечебной гимнастике данной категории больных.

Практическая значимость полученных результатов состоит в обосновании, разработке и реализации комплексной программы ФР лиц с РС, включающей сочетание ЛГ и методов рефлекторного воздействия, а также диагностических методов для определения зон рефлекторного действия, с целью улучшения состояния пациентов с РС. Разработанная методика проведения саморефлексотерапии с использованием микропунктурных систем кистей (Оннури терапии), активно включает пациентов в педагогический процесс, повышает важность их личностного участия в реабилитации, что позволяет корректировать реабилитационную программу, индивидуально применять средства и методы. Это дает возможность рекомендовать разработанную программу ФР для использования в лечебных учреждениях, реабилитационных центрах и в домашних условиях.

Представленная программа была внедрена в практику работы Городского центра рассеянного склероза на базе Киевской городской клинической больницы № 4. Полученные результаты используются в лекционном материале для студентов, обучающихся по специальности «Физическая реабилитация» НУФВСУ. Внедрения подтверждаются соответствующими четырьмя актами.

Личный вклад соискателя в разработку исследуемой программы (как исполнителя темы) состоял в постановке цели, задач, направления исследования, в определении структуры работы и в организации исследований, в разработке и применении программы ФР, в интерпретации и внедрении результатов исследования, в обобщении выводов и подготовке публикаций.

Апробация результатов диссертационного исследования. Материалы по результатам исследований были изложены соискателем в рамках докладов и публикаций на: методических кафедральных конференциях НУФВСУ (2007, 2008, 2009); научно-методической конференции «Физическая реабилитация, как направление подготовки специалистов» (Киев, 2007); Международной конференции молодых ученых «Основные направления развития физической культуры, спорта и физической реабилитации в Украине» (Киев, 2008); Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование: проблемы и перспективы» (Донецк, 2008); XIV Международном конгрессе «Олимпийский спорт и спорт для всех» (Киев, 2010).

Публикации результатов исследований. Основные положения диссертационных исследований изложены в шести работах, из них четыре статьи опубликованы в специализированных изданиях, утвержденных ВАК Украины. В работах, выполненных в соавторстве, диссертанту принадлежит: определение задач исследования, сбор экспериментальных (клинических,

педагогических и инструментальных) данных, их количественная и качественная интерпретация.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 225 страницах, состоит из введения, шести разделов, выводов, практических рекомендаций. Список литературы состоит из 256 источников (104 иностранных авторов). Текст иллюстрирован 18 рисунками, 47 таблицами, 9 приложениями.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновывается актуальность проблемы, определяются объект, предмет, цель и задачи исследования, раскрывается научная новизна и практическая значимость работы, а также личный вклад соискателя, указаны основные аспекты сферы апробации результатов работы, количество публикаций.

В первом разделе **«Современные представления о реабилитации лиц с рассеянным склерозом»** представлены данные анализа научных работ отечественных и зарубежных авторов, в которых освещены исторические и концептуальные аспекты реабилитации, вопросы клиники, двигательной деятельности и т. д. Обзорные данные свидетельствуют в пользу активной, долговременной, пожизненной реабилитации больных РС, что важно для обеспечения максимальной функциональной независимости путем стабилизации состояния. Представленный анализ показывает, что материалы о патогенезе, о клинике, о разработке и применении медикаментозного лечения для данной категории больных наиболее изучены. Работ, изучающих влияние ФР, намного меньше. Теоретической основой использования средств ФР при РС, являются современные представления нейрофизиологии о фазовом течении процессов демиелинизации и формировании очагов склероза. Проанализированы также влияния различных средств и методов ФР и их эффективность.

В ранних работах специалисты ограничивали трудоспособность и устанавливали инвалидность при первых клинических проявлениях болезни. В работах последних лет специалисты рекомендуют соблюдение максимальной психо-эмоциональной, физической активности этих лиц без переутомлений на протяжении всего периода болезни и в периоды ремиссий. По их данным реабилитация, начинаемая на ранних стадиях РС, способствует более мягкому течению. Применение методов рефлексотерапии, которые оказывают успокаивающее, расслабляющее, болеутоляющее, тонизирующее, трофическое действие, для активизации и стимулирующего воздействия через нервно-мышечные структуры на инактивированные зоны возможно без опасения вызвать обострение процесса. Представленные материалы свидетельствуют о возможности внедрения рефлексотерапии в систему реабилитации лиц с РС.

Таким образом, ФР больных и инвалидов с РС в настоящее время остается наименее исследованной темой. А вопросы влияния средств ФР на течение РС остаются открытыми для исследований.

Во втором разделе **«Методы и организация исследований»** приведен комплекс необходимых методов исследования, адекватных поставленным задачам. В исследовании использован теоретический анализ и обобщение

данных специальной научно-методической литературы. Комплексный подход к оценке функционального состояния больных включал использование клинических и инструментальных методов исследования у пациентов основной и контрольной групп. Для определения уровня поражения спинного мозга и нарушения сегментарной иннервации мышц, уровня нарушений чувствительности, рефлексов, функции тазовых органов используется клинический осмотр, включая сухожильно-мышечную и пунктурную диагностики. Осмотр, проводимый в динамике, позволил выявить и оценить изменения состояния лиц с РС при проведении педагогического эксперимента. Для оценки двигательной активности в динамике применяли тесты «Функциональные критерии ходьбы» и «Устойчивость вертикального положения», индексы «Мобильности Ривермид» и Мотрисайти, а также шкалы спастичности Ашфорта, оценки эффективности реабилитации и NRS. Болевой синдром регистрировали с помощью анкетирования. Для определения состояния сегментарных нервных структур, отвечающих за вибрационную чувствительность костной ткани нижних и верхних конечностей, использовали инструментальный метод пальметрии. Оценить тонус мышц пациентов и их двигательную активность позволил метод миотонометрии. О наличии трофических расстройств в мышцах дает возможность судить антропометрия, измерение обхватных размеров конечностей. Базовым диагностическим методом по выявлению очагов демиелинизации в нервной ткани, подтверждающим диагноз РС, есть МРТ, проведение которой осуществлялось специалистами с медицинским образованием. Данные об изменениях на МРТ взяты из историй болезни.

Обработка результатов исследования проведена с применением методов математической статистики. Материалы работы обосновываются на изучении динамики восстановления 43 больных с РС, находящиеся на лечении в стационаре Городского центра рассеянного склероза на базе Киевской городской клинической больницы № 4.

Исследовательская работа по теме диссертации проводилась в три этапа.

На первом этапе (2007 г.) проведена выработка структуры и общей концепции работы, определены цель, задачи, объект, предмет исследований, подбор методов, разработка и утверждение темы диссертационной работы, проведение научного литературного обзора. Это позволило уяснить общее состояние проблемы, разработать карты обследования больных, обосновать программу ФР, согласовать сроки проведения работы.

На втором этапе (2007–2008 гг.) проведены исследования и их первичная обработка, что позволило оценить функциональные возможности больных, скорректировать задачи исследований, разработать и применить программу ФР.

На третьем этапе (2008–2009 гг.) оценена эффективность предлагаемой программы ФР. Разработаны конкретные методические и практические рекомендации проведения реабилитации для специалистов по ФР. Оформлена диссертационная работа. Разработанная программа внедрена в практику Киевского городского центра рассеянного склероза. Материалы научной работы включены в учебные программы кафедры ФР НУФВСУ. Получено

четыре акта внедрения.

Эффективность комплексной реабилитации каждого больного оценивалась по изменению клинических симптомов, по показателям тестовых оценок, по данным инструментальных методов, а также по критериям, принятым в базовом учреждении, которые регистрировали в истории болезни как «улучшение состояния», «без перемен» и «ухудшение».

В третьем разделе **«Характеристика функционального состояния лиц с рассеянным склерозом на этапе предварительных исследований»** представлена характеристика больных, исследуемых в рамках диссертационной работы. Всем пациентам диагноз РС был подтвержден методом МРТ. Осмотрено 43 больных в возрасте от 18 до 54 лет, мужчин – 27 (62,79 %) и женщин – 16 (37,21 %). В возрасте 18-30 лет было – 22 (51,17 %) больных, а старше 50 лет было 2 больных (4,65 %). С тяжестью болезни I и II степени было 12 (27,91 %) больных. Развернутую картину и III степень тяжести болезни имели 26 пациентов (60,47 %), которые могли пройти самостоятельно около 300 м и в состоянии обслужить себя дома. IV–V степень тяжести болезни отмечена у 5 (11,63 %) больных, которые требовали дополнительной помощи в самообслуживании. Все больные лечатся планово в условиях стационара 2–3 раза в год, а 37 (86,05 %) больных лечились более 3 раз в стационаре.

По топическому признаку у больных выявлена цереброспинальная форма РС. Вторично-прогрессирующий тип болезни имели 4 (9,3 %) пациента и 39 (90,7 %) пациентов – ремиттирующий тип течения.

Основными жалобами названы: слабость в конечностях (30,23 %), боли в различных областях (72,09 %), изменение силы и тонуса мышц (60,47 %), шаткость при ходьбе (58,14 %), нарушения зрения (69,77 %) и функции тазовых органов (90,7 %) и др.

Детальная исходная оценка состояния проводилась с применением нескольких тестов и шкал (А.Л. Леонович, 1982; А.Н. Белова, 2002; С.М. Виничук, 2004). По шкале NRS (J. Sipel, 1984) средние оценки нарушения объема движений, силы и тонуса мышц, рефлексов и функции тазовых органов у больных отличаются от оценок у здоровых людей (табл. 1). Показатель неврологического дефицита составляет $67,125 \pm 6,61$ балла (средняя степень тяжести болезни).

Суммарный балл средних показателей оценки боли по четырехсоставной визуально-аналоговой шкале у тематических больных равен 14,41 балла, что составляет 36,025 % от максимального уровня (40 баллов).

Оценки двигательной активности свидетельствует о низком ее уровне. Тест «Функциональные критерии ходьбы» оценивает двигательную активность пациентов в $3,48 \pm 0,21$ балла. Теста «Устойчивость вертикального положения» указывает на умеренность нарушений ($3,71 \pm 0,30$ балла), положение «ноги вместе» сохраняется 30 секунд. Оценка индекса «Мобильности Ривермид» в $8,77 \pm 0,82$ балла указывает на выраженное снижение мобильности. Средняя оценка тонуса мышц в $2,42 \pm 0,17$ балла по модифицированной шкале спастичности Ашфорта характеризует изменения эластичности мышц между незначительным и средним уровнем. Исходная оценка степени нарушений

движений по индексу Мотрисайти составляет в мышцах верхних конечностей 67, 48 % от оценки в здоровых людей, а в нижних конечностях – 58,61 %.

Таблица 1

Оценка состояния больных с РС по шкале NRS (J. Sipel, 1984), балл (n=43)

Наименование функции	Отсутствие изменений в неврологическом статусе	Статистические показатели	
		\bar{x}	S
Оценка эмоций	10	6,75	0,47
Острота зрения	5	3,35	0,135
Поля зрения	6	4,35	0,335
Движения глаз	5	3,515	0,150
Нистагм	5	3,395	0,139
Функция ЧН (VII, IX, X, XII)	5	3,42	0,242
Двигательные функции: (20 баллов)			
правой руки	5	3,765	0,176
левой руки	5	3,84	0,284
правой ноги	5	3,53	0,153
левой ноги	5	3,55	0,155
Сухожильные рефлексы: (8 баллов)			
с рук	4	2,335	0,033
с ног	4	2,535	0,053
Патологические рефлексы	4	2,77	0,17
Чувствительная функция: (12 баллов)			
правой руки	3	2,74	0,074
левой руки	3	2,735	0,173
правой ноги	3	2,665	0,066
левой ноги	3	2,625	0,062
Координация движений: (10 баллов)			
с рук	5	3,315	0,131
с ног	5	3,280	0,128
Походка	10	6,94	0,589
Расстройства тазовых функций	0	-3,18	0,518
Всего	100	67,125	6,612

Примечание. ЧН – черепные нервы.

Клиническая картина у больных цереброспинальной формой проявляется двусторонними асимметричными спастическими парапарезами. Поэтому сторона с более выраженными проявлениями названа проблемной стороной, а с менее выраженным изменением – менее проблемной стороной.

Сухожильно-мышечная диагностика была показательна у 42 (97,67 %) больных, позволила определить нарушения энергетического состояния спаренных меридианов головного (i) и спинного (j) мозга (табл. 2).

Представлены средние показатели оценок по шкале эффективности реабилитации (ШОЭР) (нет нарушений – 0, максимальные нарушения – 4 балла). Средние величины оценок по показателям колеблются от 0,93 до 1, 96 баллов. Объем движений у лиц с РС оценен по сравнению с другими симптомами минимальным балом (0,93). Сумма средних оценок по ШОЭР равна 55,8 балла.

Таблица 2

Определение состояния меридианов спинного мозга и головного мозга

методом сухожильно-мышечной диагностики у больных с РС (n=43)

Состояние меридиана	Количество больных			
	меридиан j		меридиан i	
	абсолютное	в %	абсолютное	в %
Избыточность	6	13,95	5	11,63
Недостаточность	36	83,72	25	58,14
Неопределенность	1	2,33	13	30,23
Всего	43	100	43	100

Нарушение вибрационной чувствительности отмечено у всех 43 пациентов, снижение вибрационной чувствительности до 10 секунд встречается у 29 (67,44 %) больных, а до 15 секунд – у 5 (11,63 %) больных

Изучение показателей миотометрии показало, что твердость мышечных групп нижних конечностей колеблется от $59,8 \pm 4,0$ до $68,6 \pm 4,94$ у.е и верхних конечностей – от $64,7 \pm 4,20$ до $79,3 \pm 5,8$ у.е. Коэффициенты «сократительной способности», «дополнительного и суммарного расслабления» указывают на более низкую сократительную способность мышц нижних конечностей, по сравнению с мышцей верхней конечности (табл. 3).

Таблица 3

Показатели сократительной способности мышц у больных с РС (n=43)

Мышца	Статистические показатели	Показатели					
		проблемная сторона			менее проблемная сторона		
		K ₁ (B-A)	K ₂ (C/A)	K ₃ (C/B)	K ₁ (B-A)	K ₂ (C/A)	K ₃ (C/B)
Четырехглавая	\bar{x}	3,065	0,98	0,935	5,73	1,0	0,92
	S	0,33	0,076	0,08	5,4	0,11	0,07
Икроножная	\bar{x}	7,31	0,935	0,87	5,725	0,985	0,91
	S	0,76	0,08	0,07	0,58	0,08	0,07
Длинный сгибатель пальцев кисти	\bar{x}	10,425	1,0	0,875	11,215	0,95	0,87
	S	1,01	0,08	0,91	1,13	0,92	0,06

Примечания: А – показатель твердости мышцы в покое; В – показатель твердости мышцы в состоянии изометрического напряжения; С – показатель твердости мышцы в состоянии максимального расслабления; K₁ – коэффициент сократительной способности мышцы; K₂ – коэффициент «дополнительного расслабления»; K₃ – коэффициент «суммарного расслабления».

Общая характеристика больных с РС и полученные показатели оценки нарушений выявили их однородность и репрезентативность, что дало возможность разделить пациентов методом случайной выборки на две группы – основную (ОГ) и контрольную (КГ). Для пациентов КГ была применена схема стандартных восстановительных мероприятий лечебного учреждения, а для пациентов ОГ применялась дополнительно разработанная программа ФР.

Полученные в ходе констатирующего педагогического эксперимента данные подтверждают необходимость разработки программы физической

реабилитации для коррекции двигательной функции и функциональной активности больных РС.

В четвертом разделе «Программа физической реабилитации лиц с рассеянным склерозом» поданы материалы разрабатываемой комплексной программы ФР. В последнее десятилетие самым важным явилось понимание того, что нормальные физические и психологические проявления жизнедеятельности и сохранение максимально долго адекватной двигательной активности без переутомления не вызывают ухудшения и прогрессирования РС. Воздействия средств ФР у лиц с РС соответствуют общим положениям теории физического воспитания, требуют регулярного продолжительного тренирующего воздействия для эффективного формирования навыков и механизмов адаптации.

Мозаичность симптоматики объясняется как функциональными, так и органическими нарушениями в нервной ткани. Поэтому, для ликвидации функциональных расстройств было предложено применение самостоятельно больными методов рефлексотерапии, что и отличает предлагаемую программу от общепринятых программ. Применение программы ФР в условиях центра реабилитации предполагает разделение ее на периоды (табл. 4).

Таблица 4

Последовательность включения реабилитационных мероприятий при проведении программы физической реабилитации у лиц с РС

Мероприятия	Содержание
I период (первые три дня госпитализации)	
Осмотр, тестирование, клинические и инструментальные исследования	Оценка состояния пациента, степени тяжести заболевания. Постановка реабилитационного диагноза. Определение двигательного режима.
Выработка тактики реабилитации	Ориентировка пациента на реабилитацию, овладение средствами и методами реабилитации, в зависимости от его самочувствия, уровня физической нагрузки и физической активности, наличия сопутствующих заболеваний и т. д.
Психотерапевтические воздействия	В виде бесед информировать о правильности поведения и выполнения рекомендаций, оценки состояния и возможностей
Изучение методов Оннури терапии	Изучение основной системы соответствия кисти. Овладение методом сухожильно-мышечной диагностики
Овладение навыками выполнения физических упражнений	Использование общеукрепляющих, специальных, координационных, растягивающих идеомоторных, дыхательных упражнений, постизометрической релаксации
II период (4 – 15 день госпитализации)	
Применение методов саморефлексотерапии, Оннури терапии	Изучение основной системы соответствия кисти. Обучение и овладение методами точечного массажа (2-3 раза в сутки), аппликации семян, воздействий цветом и их использование до и после применения ЛГ

Продолжение табл. 4

Мероприятия	Содержание
Применение кинезотерапии	В соответствии с двигательным режимом использование общеукрепляющих, специальных, координационных, растягивающих, идеомоторных, дыхательных упражнений, упражнений постизометрической релаксации, элементов спорта и игр с дополнительным включением психокоррекции

Применение методов Оннури терапии вне кинезотерапии	Использование самомассажа зон соответствия головного и спинного мозга, мочевого пузыря, надпочечников, печени, а также зон соответствия конечностей на пальцах кисти от дистальных к проксимальным фалангам пальцев кисти и самомассаж ногтевых фаланг.
Использование аппликаций семян и воздействий цветом	Перед отходом ко сну проводить аппликацию живых семян растений на зоны поясничного отдела спинного мозга, мозжечка, печени и т. д.
III период (3–5 дней перед выпиской)	
Проведение дальнейшей реабилитации с учетом изменения оценок состояния, тестирования	Убедить в необходимости продолжения реабилитации после выписки из стационара с использованием методов: самомассажа, аппликации семян, воздействия цветом, физических упражнений (специальных и идеомоторных, постизометрической релаксации)
Консультации невролога и реабилитолога	Один раз в 2–3 месяца, для коррекции применения средств и методов реабилитации и медикаментозного лечения

Программа предусматривает раннее начало использования адаптивной и профилактической направленности средств ФР, индивидуальный подход к использованию средств ФР, создание оптимального непрерывного и преемственного воздействия средств ФР, применение в сочетании ЛГ, рефлексотерапии и психокоррекции, выработки стойких адаптационных механизмов, воспитание потребности в регулярных занятиях.

Применение средств и методов ФР на стационарном этапе в разрабатываемой программе проводилась в следующем порядке.

После сна пациенты проводили самомассаж фаланг пальцев кистей и зон соответствия с максимальным проявлением болезненности (до 5 минут).

За 15–20 минут до завтрака проводилась сухожильно-мышечная и пунктурная диагностики (Пак Дже Ву, 1993, 2010), с последующим воздействием красным цветом по бьель-меридианам головного и спинного мозга.

Самомассаж до занятий ЛГ за 15–30 минут проводился по всем болезненным точкам кисти с воздействием преимущественно в области суставов пальцев, по зонам соответствия суставам конечностей.

Занятия ЛГ проводились индивидуальным урочным методом в I–II периодах в щадяще-тренирующем режиме с применением разработанных комплексов ЛГ №№ 1, 2, 3, а в заключительном периоде применялся малогрупповой метод занятий (комплекс № 4). В процессе занятий использован принцип постепенного включения с малым количеством повторов разнообразных по содержанию и воздействию физических и идеомоторных упражнений, направленных на достижение полного покоя, расслабления, растяжения, равновесия, развития ловкости и силы, координации и двигательной активности, без утомления. При появлении утомления «переключали» внимание пациента на подсчет пульса на лучевой артерии за 15 секунд. Длительность занятий ЛГ определялась сроками пребывания в стационаре, составляла от 25 до 45 минут. После занятия ЛГ проводились психотерапевтические беседы.

После занятия ЛГ проводился самомассаж кисти поглаживанием всех пальцев поочередно, начиная с ногтевых фаланг по направлению к ладони.

После обеда пациенты проводили 20-ти минутное расслабление, в положении лежа, с чередованием упражнений на расслабление и дыхательных.

После дневного отдыха применялась ходьба по коридору (от 50 до 300 м) с чередованием через день с игровыми тренировками с мячом по 5–10 минут.

За полтора часа до сна проводились сеансы самомассажа по основным и дополнительным болезненным точкам и аппликация семян женьшеня или яблок на болезненные зоны соответствия. В течение дня периодически проводился самомассаж по наклеенным семенам (цуботерапия).

Проводя психотерапевтические беседы, пациентам разъясняли механизмы влияния реабилитационных мероприятий на организм, отмечали положительную динамику изменений, анализировали ошибки, поддерживали эмоциональный настрой, давали рекомендации по двигательному режиму и использованию досуга. Такой подход выявил, что наибольшую активность в реабилитации проявляют больные, информированные в вопросах её осуществления. Это указывает на то, что есть необходимость внедрения обучающих технологий в систему реабилитации.

Пятый раздел «**Эффективность программы физической реабилитации лиц с рассеянным склерозом**» подает результаты собственных исследований. Больным КГ (n=21) и ОГ (n=22) проводился комплекс восстановительных мероприятий по методике лечебного учреждения, включающий сосудисто-метаболическую и симптоматическую терапию, облегченную ЛГ, легкий классический массаж. Пациенты ОГ использовали предложенную программу ФР. Общая характеристика больных ОГ и КГ выявила их однородность и репрезентативность, что позволило объективно сравнивать результаты реабилитации, судить об ее эффективности. По количеству больных, по их половому и возрастному признаку ОГ и КГ почти не различаются (табл. 5).

Таблица 5

Распределение больных с РС по возрасту и полу по группам (n = 43)

Группы	Возраст, пол испытуемых и количество											
	18-30		31 – 40		41 – 50		старше 50		всего			
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	%	ж	%
КГ (n=21)	6	8	2	3		2			8	38,1	13	61,9
ОГ (n=22)	4	5	1	5	2	3	1	1	8	36,6	14	63,4
Всего	10	13	3	8	2	5	1	1	16		27	

Примечания: КГ – контрольная группа; ОГ – основная группа; м – мужчины; ж – женщины.

Средний возраст больных составляет в КГ 30,1 года, а в ОГ – 32,7 года. Распределение пациентов по срокам и тяжести заболевания в обеих группах разнятся незначительно. В ОГ болеющих дольше 5 лет было 14 (63,64 %), а в КГ – 11 человек (52,38 %). Средняя длительность реабилитации составляла 19 дней для КГ, а для ОГ – 19,7 дня. За время реабилитации каждый пациент провел: занятий ЛГ – 13; сеансов самомассажа – 31, аппликаций семян – 21.

После реабилитации пациенты имели положительную статистически значимую динамику суммы средних показателей по ШОЭР, которая изменилась

у лиц ОГ на 9,47 балла ($p < 0,05$), а у лиц КГ – на 6,86 балла ($p > 0,05$). Отмечены изменения клинической оценки силы мышц дистальных, проксимальных участков конечности у пациентов обеих групп. Проксимальные участки страдают меньше, чем дистальные. Увеличение оценок координации отмечено для руки менее проблемной стороны обеих групп ($p < 0,05$).

Динамика оценок состояния пациентов обеих групп по шкале NRS представлена в табл. 6. В ОГ статистически значимые изменения ($p < 0,05$) после реабилитации отмечены по 13 оценочным показателям, а в КГ – только по 5. Разница в оценке средних суммарных показателей неврологического дефицита у лиц ОГ (6,6 балла) и КГ (3,97 балла) составляет 2,63 балла, что указывает на более высокий результат восстановления пациентов ОГ.

Таблица 6

Оценка состояния больных с РС по шкале NRS (J. Sipel, 1984), (n=43)

Наименование функций	Норма	Степень выраженности неврологических нарушений, балл					
		ОГ (n=22)			КГ (n=21)		
		д/р	п/р	Δ	д/р	п/р	Δ
Оценка эмоций	10	6,5	7,95*	1,45	6,95	7,81*	0,86
Острота зрения	5	3,27	3,32	0,05	3,43	3,45	0,02
Поля зрения	6	4,27	5,41*	1,14	4,43	4,48	0,05
Движения глаз	5	3,27	3,86	0,59	3,76	3,81	0,05
Нистагм	5	3,41	4,16*	0,75	3,38	3,74	0,36
Функция ЧН (УII, IX, X, XII)	5	3,32	3,52	0,2	3,52	3,52	0
Двигат. функции: правой руки	5	3,72	4,05*	0,33	3,81	3,86	0,05
левой руки	5	3,82	4,14*	0,32	3,86	3,93	0,07
правой ноги	5	3,32	3,59*	0,27	3,74	3,76	0,02
левой ноги	5	3,41	3,63	0,22	3,69	3,86	0,17
Сухожильные рефлексы: с рук	4	2,34	3,09*	0,75	2,33	2,93*	0,6
с ног	4	2,59	2,84	0,25	2,48	2,71*	0,23
Патологические рефлексы	4	2,64	3,09*	0,45	2,9	2,9	0
Чувств. функция: правой руки	3	2,77	2,89	0,12	2,71	2,73	0,02
левой руки	3	2,64	2,95*	0,31	2,69	2,83	0,14
правой ноги	3	2,66	2,32	0,34	2,67	2,71	0,04
левой ноги	3	2,68	2,77	0,09	2,57	2,67	0,1
Координация движений: рук	5	3,27	3,84*	0,57	3,36	3,5	0,14
ног	5	3,18	3,68*	0,5	3,38	3,43	0,05
Походка	10	6,64	4,09*	2,55	7,14	7,86*	0,72
Расстройства тазовых функций	0	-3,13	-2,0*	-1,13	-3,23	-2,95*	-0,28
Всего	100	66,59	73,19	-6,6	69,57	73,54	-3,97

Примечания: * – $p < 0,05$; д/р – до реабилитации; п/р – после реабилитации; Δ – разница абсолютных значений; КГ – контрольная группа; ОГ – основная группа; ЧН – черепные нервы.

Анализ суммарных средних оценок клинических симптомов по шкале NRS в зависимости от пола и возраста показал, что более высокий прирост показателей средних оценок имеется у больных моложе 40 лет. После 40 лет имеется менее выраженная тенденция к восстановлению. Изменение в оценке неврологического дефицита в процессе реабилитации наиболее выражены при длительности болезни до 3 и до 5 лет.

В процессе реабилитации суммарный балл (40 баллов) средних оценок боли по визуально-аналоговой шкале для пациентов ОГ изменяется от 14,68 до

9,34 баллов (36,7 % и 23,35 %) и в КГ – от 14,14 до 11,19 (35,35 % и 27,98 %) от максимальной оценки. Отмечено статистически значимое уменьшение уровня боли в ОГ, беспокоящей при осмотре и максимального уровня боли ($p < 0,05$).

Тест Мотрисайти показал, что в ОГ отмечено улучшение движений для мышц сгибателей руки в локтевых суставах (1,53 балла, $p < 0,05$) и стопы в голеностопных суставах (1,28 балла, $p < 0,05$). Тогда как в КГ эти показатели соответственно равны 0,27 балла ($p > 0,05$) для локтевых суставов и 0,05 балла – для голеностопных ($p > 0,05$). Разница суммарной оценки по индексу Мотрисайти в ОГ для верхних конечностей равна 2,44 балла, а для нижних конечностей – 1,5 балла, а в КГ, соответственно, для рук – 0,25 балла, а для ног – 0,03 балла, без статистически значимости в обеих группах ($p > 0,05$).

Оценка тестов «Функциональной категории ходьбы», «Устойчивость вертикального положения» практически не изменились ($p > 0,05$). Статистически значимые ($p < 0,05$) уменьшения спастичности мышц по шкале Ашфорта (2,27–1,98 балла) и увеличение индекса «Мобильности Ривермид» (8,86–9,82) отмечены в ОГ.

Исследования твердости тонуса четырехглавой и икроножной мышц, а также длинного сгибателя пальцев кисти выявили, что твердость мышц конечностей проблемной стороны несколько выше, чем на конечностях менее проблемной стороны. Анализ коэффициентов «сократительной способности», «суммарного и дополнительного расслабления» статически значимых различий между группами не показал ($p > 0,05$).

Оценка в динамике вибрационной чувствительности показала на 0,5 балла увеличение ее в ОГ ($p < 0,05$) по сравнению с 0,07 балла в КГ ($p > 0,05$).

Сухожильно-мышечная диагностика позволила выявить, что при РС интенсивнее проявляется недостаточность меридиана спинного мозга (табл. 7) в обеих группах. После реабилитации уменьшается количество пациентов с недостаточностью более активно ОГ, чем в КГ.

Уменьшение количества больных ОГ (с 9 до 17), у которых после реабилитации сухожильно-мышечная диагностика проявлений недостаточности меридиана спинного мозга (j) ($p < 0,01$) сменяется неопределенностью состояния меридиана j (с 7 до 14) (табл. 7), подтверждается точным критерием Фишера ($p < 0,001$). По точному критерию Фишера после реабилитации ($p > 0,05$) в КГ недостаточность меридиана j отмечена у 4 больных, а появление неопределенности энергетического состояния меридиана j также у 4 больных ($p < 0,04$), хотя до реабилитации не определялось.

Таблица 7

Определение состояния меридианов спинного мозга и головного мозга методом сухожильно-мышечной диагностики у больных РС (n=43)

Состояние меридиана	Меридиан j			Меридиан i			Меридиан j			Меридиан i		
	ОГ (n=22)			ОГ (n=22)			КГ (n=21)			КГ (n=21)		
	д/р	п/р	p									
Избыточность	4	2	$p > 0,05$	3	2	$p > 0,05$	2	2	$p > 0,05$	2	2	$p > 0,05$
Недостаточность	17	9	$p < 0,01$	12		$p < 0,03$	19	15	$p > 0,05$	13	10	$p > 0,05$

Неопределенность	1	11	p<0,001	7		p<0,04	-	4	p<0,04	6	9	p>0,05
Всего	22	22		22	22		21	21		21	21	

Примечания: д/р – до реабилитации; п/р – после реабилитации; КГ – контрольная группа; ОГ – основная группа.

По точному критерию Фишера отмечены изменения для меридиана головного мозга для больных ОГ – неопределенность ($p<0,04$) и недостаточность ($p<0,03$). В КГ изменения менее значительны, точный критерий Фишера ($p>0,05$).

Катамнез, проведенный через два и четыре месяца после выписки из стационара, что у 14 больных ОГ ($n=22$) отмечена стабильная ремиссия, у 7 больных состояние улучшалось после выписки, что подтверждается точным критерием Фишера ($p<0,05$), а у 1 больной дискомфортность не проходила (выписывалась без улучшения после лечения). В домашних условиях 14 пациентов проводили саморефлексотерапию. В КГ ($n=21$) анкетирование позволило определить, что стабильность состояния была у 15 больных, а у 6 больных отмечали ухудшение ($p>0,05$).

Таким образом, использование предложенной программы ФР, включающей ЛГ, психокорректирующие беседы и Оннури методы, рефлексотерапевтические воздействия, позволит более экономично и рационально подойти к решению проблемы ФР больных с РС.

В шестом разделе «Анализ и обсуждение результатов исследований» охарактеризована степень решения задач исследований и обобщены результаты экспериментальной работы, что позволило получить три группы данных: подтверждающие, дополняющие и новые.

Наши исследования подтвердили данные о том, что болеют РС чаще люди трудоспособного возраста (Е.И. Гусев, 2004), которым необходима детальная клиническая оценка состояния (А.Л. Леонович, 1982; А.Н. Белова, 2002; С.М. Виничук, 2004). Подтверждены данные А.Н. Бойко (2002), Т.Е. Шмидта (2003), Н.А. Малковой (2006), что современная система восстановительной терапии данной категории больных в развитии предусматривает совершенствование медикаментозных методов лечения, подключая к ним отдельные средства и методы ФР. Кроме того подтверждаются данные А.Н. Столярова (2002), И.А. Завалишина (2002), Г.М. Зильфова (2002) о необходимости использования ЛГ, специальных упражнений для восстановления двигательной активности, снятия спастичности и поддержания жизнедеятельности. Наши исследования подтверждают данные В.П. Бархатовой (2004), о возможности использования рефлексотерапии в ФР больных РС, а также работы А.С. Кадыкова (2008) о необходимости комплексной реабилитации.

Дополняющие данные отражают результаты динамической оценки состояния больных в оценочных шкалах и тестах, которые в отдельности отражают одиночные симптомы, а в совокупности дают более полное представление об общем состоянии больного, о глубине неврологического дефицита, о прогнозе развития заболевания и о прогнозе восстановления.

Применив разработанную программу ФР получены ряд новых данных относительно того, что сочетание ЛГ и методов Оннури терапии (рефлексотерапия) приводит к активному включению пациента в реабилитацию; методы сухожильно-мышечная и пунктурная диагностики можно использовать для оценки состояния больных и для изменений запланированных мероприятий ФР; проведение самомассажа кисти перед занятиями ЛГ способствовало более легкому выполнению физических упражнений, а после занятий снимало усталость в мышцах; применение саморефлексотерапии дисциплинировало больных в проведении активной реабилитации и повышало ее эффективность; наибольшую активность проявляли больные, которые информированы в вопросах её проведения и поэтому необходимо внедрение информационно-обучающих технологий в систему реабилитации.

По нашему мнению, ЛГ и Оннури терапия, включенные в программу реабилитации играют роль биологического стимулятора восстановительной терапии, активизируют участие больных в проведении реабилитации, расширяют возможности педагогического эксперимента, который очень важен для получения положительных результатов восстановления и более длительного сохранения трудоспособности и высокого качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ данных литературы свидетельствует о том, что вопросы физической реабилитации больных рассеянным склерозом мало изучены и относятся к актуальным проблемам медицинской реабилитации. Проблема усиливается неуклонным ростом заболеваемости у лиц трудоспособного возраста, увеличением длительности болезни и инвалидизацией больных. Раскрытие причин рассеянного склероза и механизмов развития, применения этиопатогенетических лечебных мероприятий, совершенствование реабилитационных мероприятий могут повлиять на решение проблемы. Ограничение движений, которое пропагандировали реабилитологи в прошлом, сменяется тенденцией сохранения двигательной и профессиональной активности на максимально возможное время. Анализ данных литературы позволил рассматривать разработку программы физической реабилитации как научную, актуальную и своевременную необходимость.

2. По данным литературных источников клиническая картина заболевания, провоцируемая процессами воспаления, распадом миелина и формированием склеротических бляшек в миелиновых оболочках проводниковых систем и самих клетках мозга, с большой (рассеянностью) процесса демиелинизации по локализации, по времени возникновения и развитию патологических очагов, согласно современным представлениям, обуславливается аутоиммунными процессами в нервной ткани. Это проявляется прогрессирующими клиническими расстройствами, волнообразным течением и ведет к неблагоприятным исходам.

3. Исследовательская работа показала, что у больных РС выявляемые клинически функциональные и органические расстройства наблюдаются в двигательной, чувствительной, мочевыделительной и психо-эмоциональной

сферах. Сухожильно-мышечная диагностика была показательна у 42 (97,67 %) больных. Низкие оценки тестов «Функциональные критерии ходьбы» ($3,48 \pm 0,21$ балла) и «Устойчивость вертикального положения» ($3,71 \pm 0,30$ балла), индексов «Мобильности Ривермид» ($8,77 \pm 0,82$ балла) и Мотрисайти (для мышц верхних конечностей 67,48 %, а для нижних конечностей – 58,61 %), а также шкалы спастичности мышц Ашфорта ($2,42 \pm 0,17$ балла) свидетельствуют о снижении двигательной активности. Объем движений по шкале эффективности реабилитации (ШОЭР) оценен по сравнению с другими симптомами минимальным балом (0,93). Средние величины оценок по показателям колеблются от 0,93 до 1,96 баллов. Сумма средних оценок по ШОЭР равна 55,8 балла. Суммарный балл средних показателей оценки боли по четырехсоставной визуально-аналоговой шкале равен 14,41 балла. Нарушение вибрационной чувствительности до 10 секунд встречается у 29 (67,44 %) больных, а до 15 секунд – у 5 (11,63 %) больных. Жалобы на нарушение функции тазовых органов имели 90,7 % больных. Показатель неврологического дефицита по шкале NRS составляет $67,125 \pm 6,61$ балла (средняя степень тяжести болезни).

4. Исследовательская работа позволила включить в комплексную программу реабилитации для лиц с РС, кроме базисной терапии стационара, специальный комплекс лечебной гимнастики и методы Оннури терапии. Применяемая кинезотерапия при индивидуальном и адекватном подборе упражнений по интенсивности, скорости, темпу, амплитуде, длительности, в зависимости от формы, степени тяжести болезни и выраженности неврологического дефицита у каждого пациента, включала специальные расслабляющие, растягивающие, дыхательные, общеукрепляющие, координационные, идеомоторные и постизометрической релаксации упражнения, игровые элементы и ходьбу. Из методов Оннури терапии использовались сухожильно-мышечная и пунктурная диагностики, самомассаж по точкам соответствия кисти, воздействие цветом и семенами растений. Применяемые методы положительно оценены самими пациентами.

5. Применяемая комплексная программа физической реабилитации базируется на принципе последовательности введения всех составляющих ее элементов и их сбалансированном соотношении в соответствии выраженности проявлений заболевания, критериям и принципам построения программы. Программа включает: I период – проводится исследование состояния здоровья пациента, качественная и количественная его оценка, а также осуществляется подбор и овладение техникой выполнения применяемых средств и методов реабилитации; II период – овладение и применение средств реабилитации с соблюдением их очередности; III период – программирование дальнейших долговременных реабилитационных мероприятий и формирование понимания необходимости их систематичности в применении.

6. Разработана комплексная программа физической реабилитации, применяемая с целью повышения двигательной активности и улучшения всех функций организма больного РС, включающая комплексы модифицированной ЛГ, методы саморефлексотерапии, психотерапевтические беседы, способствует

сознательному проведению активной физической реабилитации пациентами.

7. Применение согласно разработанной программы физической реабилитации сочетания ЛГ с методами Оннури терапии позволило получить статистически значимые изменения в состоянии лиц с РС по шкале NRS в ОГ по следующим показателям до и после реабилитации в баллах ($p < 0,05$): острота зрения (6,5–7,95); нистагм (3,41–4,16); двигательные функции (14,35–15,41); сухожильные рефлексы (4,93–5,93); координация движений (6,45–7,52); походка (6,64–4,09); расстройства тазовых органов (3,13–2,0). В КГ статистически значимые данные получены только по четырем показателям ($p < 0,05$): оценка эмоций (6,81–5,64); сухожильные рефлексы (4,81–5,634); походка (7,14–7,86); нарушение функции тазовых органов (3,23–2,95). Суммарная оценка по всем показателям в процессе реабилитации в ОГ увеличилась на 6,6 балла, в КГ – только на 3,97 балла, разница равна 2,63 балла. Тестовые показатели оценок в процессе ФР лиц ОГ имеют статистически значимую положительную динамику ($p < 0,05$). Это оценки боли при осмотре (4,09–2,2 балла) и максимального уровня боли (7,59–4,68 балла), движений по тесту Мотрисайти в локтевом (22,14 – 23,67 балла) и в голеностопном (18,70–19,98 балла) суставах, индекса «Мобильности Ривермид» (8,86–9,82 балла), спастичности по шкале Ашфорта (2,27–1,98 балла). Улучшение состояния подтверждается положительной динамикой сухожильно-мышечной диагностики и точным критерием Фишера ($p < 0,05$) у больных ОГ после реабилитации, а у пациентов КГ не отмечено изменений ($p > 0,05$). Статистически значимая динамика ряда показателей по ШОЭР и NRS, а также некоторых тестов у лиц с РС свидетельствуют о положительном действии разработанной программы.

8. Кратковременное использование индивидуально подобранных для каждого пациента комплексов специальной лечебной гимнастики и Оннури методов (саморефлексотерапии), позволило психологически адаптировать его к нарушениям состояния и способствовать самообслуживанию. Разработанная и апробированная комплексная программа физической реабилитации для лиц с рассеянным склерозом с использованием кинезотерапии и методов Оннури терапии (саморефлексотерапии), подтвердила свою результативность статистически значимыми показателями. Это позволяет ее рекомендовать для дальнейшего применения в реабилитационном процессе.

9. Представленная программа была внедрена в практику работы Городского центра рассеянного склероза на базе Киевской городской клинической больницы № 4. Полученные результаты используются в учебном процессе на кафедре физической реабилитации НУФВСУ, что подтверждается соответствующими актами внедрения.

Перспективы дальнейших исследований предусматриваю введение саморефлексотерапии в программный комплекс средств и методов физической реабилитации у лиц с РС на всех этапах восстановительной терапии.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Аля Омар Самара. Общие вопросы физической реабилитации лиц с рассеянным склерозом / Аля Омар Самара // Педагогіка психологія та медикобіологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. праць. – Харків, ХДАДМ, 2008. – № 9. – С. 3–7.
2. Аля Омар Самара. Использование в комплексной физической реабилитации лиц с рассеянным склерозом методов Су Джок Оннури терапии / Аля Омар Самара // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2008. – № 4. – С. 12–16.
3. Аля Омар Самара. Физическая реабилитация лиц с рассеянным склерозом с применением методов Оннури терапии / Т. Г. Редковец, Аля Омар Самара // Теорія і практика фізичного виховання. Науково-методичний журнал. – 2008. – № 2. – С. 239–247.
4. Рідковець Т. Г. Засоби фізичної реабілітації в терапії осіб з розсіяним склерозом / Т. Г. Рідковець, Аля Омар Самара, Мехді Аболфатхі // Педагогіка психологія та медикобіологічні проблеми фізичного виховання і спорту : зб. наук. праць. – Харків, ХДАДМ, 2009. – № 6. – С. 126–131.
5. Аля Омар Самара. Физическая реабилитация лиц с рассеянным склерозом / Аля Омар Самара // Здоровье и образование: проблемы и перспективы : материалы междунар. науч.-практ. конф. / под. ред. Рыбковского А. Г. – Донецьк, ДонНУ, 2008. – С. 159–161.
6. Аля Омар Самара. Физическая реабилитация лиц с рассеянным склерозом с использованием методов Оннури терапии / Аля Омар Самара, Т. Г. Редковец // XII Междунар. науч. конгресс «Современный олимпийский и паралимпийский спорт и спорт для всех». – М. : Физическая культура, 2008. – Т. 2. – С. 257–258.

АНОТАЦІЇ

Аля Омар Самара Абдуллах. Фізична реабілітація осіб з розсіяним склерозом в комплексній терапії в умовах стаціонару. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за фахом 24.00.03 – фізична реабілітація. – Національний університет фізичного виховання і спорту України. – Київ, 2010.

У дисертаційній роботі на підставі клінічних, інструментальних і педагогічних досліджень, науково обґрунтована і розроблена програма фізичної реабілітації хворих на розсіяний склероз, які знаходились в стаціонарі Київського міського центру розсіяного склерозу на помірно-тренуючому руховому режимі. Нами застосовувалася комплексна програма реабілітації, з використанням спеціальних комплексів лікувальної гімнастики та методів мікропунктурної саморефлексотерапії систем кисті (Оннурі терапії), точкового самомасажу, аплікацій насінням, дія кольором. Дано оцінку ефективності застосування цієї програми відповідно періоду реабілітації по відновленню показників клінічних, тестових оцінок, а також інструментальних. У групі, що займалася по запропонованій програмі динаміка оцінок була значно вища, ніж в контрольній .

Ключові слова: хворі, розсіяний склероз, програма, фізична реабілітація, лікувальна гімнастика, спеціальні вправи, Оннурі терапія, сухожилко-м'язова діагностика, пунктурна діагностика, самомасаж кисті, оцінка ефективності.

Аля Омар Самара Абдуллах. Физическая реабилитация лиц с РС в комплексной терапии в условиях стационара. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – Физическая реабилитация. – Национальный университет физического воспитания и спорта Украины. – Киев, 2010.

В анализе литературы внимание авторов по вопросам восстановительной терапии больных с РС сосредоточено на этиологических, патогенетических, клинических особенностях заболевания, на современных методах лечения, патогенетического и симптоматического (И.А. Завалишин, 2003; К.З. Бахтиярова, 2006; Н.В. Хачанова, 2006; Е.В. Хивинцева, 2007). Вопросы комплексного использования средств ФР больных РС освещены недостаточно. Наиболее доступными для реабилитации средствами симптоматического воздействия являются ФУ (Е.И. Гусев, 2001). Ряд физиотерапевтических процедур и физических факторов, оказывающих стимулирующее, термическое воздействие являются противопоказанными, поскольку вызывают резкое обострение у больных РС (Резникова Т.Н., 2006). Это дало понимание ограничения использования средств и методов ФР, недостаточного применения ЛГ, массажа, физиотерапии в комплексной реабилитации больных РС. В работах последнего времени имеются противоположные данные, что сочетание патогенетического лечения и средств ФР способно изменить клинику, способствовать более мягкому течению РС (Е.В. Хивинцева, 2007). При этом отмечается тенденция к активному использованию ФР, максимальной физической активности без переутомлений на протяжении всего периода болезни и в периоды ремиссий и психокоррекции (А.Ю. Макаров, 2003; Г.М. Зильфов, 2002).

Теоретической основой использования средств реабилитации при РС являются современные представления о фазовом течении процессов демиелинизации. Активизации и стимулирующие воздействия через нервно-мышечные структуры на инактивированные зоны возможны, без опасения вызвать новые аутоиммунные реакции в очаге поражения, т. е. обострение процесса заболевания. Этими свойствами обладает кроме ЛГ рефлексотерапия, которая оказывает болеутоляющее, общетонизирующее, успокаивающее, мышечнорелаксирующее действия (Д.М. Табеева, 2004; Е.Л. Мачерет, 1982; И.З. Самосю, 1999). Имеется единичные работы о сочетании ЛГ и рефлексотерапии (А.П. Бархатова, 2004). Не встречаются работы, отражающие применение методов рефлексотерапии самими больными РС и сочетания ЛГ и саморелаксотерапии.

Методология выполненной работы базируется на объективной оценке состояния больных РС в процессе реабилитации по данным клинических, инструментальных, тестовых исследований. Материалы работы получены во

время проведения исследований в Городском центре РС на базе Киевской городской клинической больницы № 4 на протяжении двух лет. Исследуемый контингент – 43 больных с цереброспинальной формой РС, ремиттирующим течением. На основании клинических, инструментальных, педагогических исследований научно обоснована и разработана программа ФР больных РС, которая включала модифицированную ЛГ и методы саморефлексотерапии микропунктурных систем кисти (Оннури терапия: сухожильно-мышечная и пунктурная диагностики, точечный самомассаж кистей, аппликация семян и воздействие цветом). самомассаж зон соответствия кисти перед ЛГ способствовал облегчению выполнения упражнений, снижению напряженности мышц в конечностях. На восстановление общего состояния, двигательной активности, сохранение профессиональной деятельности и качества жизни больного направлены как ЛГ, так и саморефлексотерапия.

Занятия ЛГ (25–45 минут) проводились индивидуальным урочным и малогрупповым методами (в I–II периодах – комплексы ЛГ №№ 1, 2, 3, в III периоде – № 4). Использован принцип постепенного включения с малым количеством повторов разнообразных по содержанию и воздействию физических и идеомоторных упражнений, направленных на достижение полного покоя, расслабления, растяжения, равновесия, развития ловкости и силы, координации и двигательной активности. При утомлении «переключали» внимание пациента на подсчет пульса на лучевой артерии за 15 секунд. После занятия ЛГ проводились психотерапевтические беседы.

Положительные изменения оценок двигательных, чувствительных, мочевыделительных функций более выражены у больных ОГ по сравнению с КГ. Оценка неврологического дефицита в ОГ, где применялась разработанная программа, имела статистически значимые изменения по тринадцати показателям, по сравнению с пятью показателями в КГ.

Эффективность использования мероприятий ФР объясняется четкой регламентацией последовательности назначения методов ЛГ и саморефлексотерапии на протяжении дня, индивидуальной дозировкой воздействий, активным включением пациентов в педагогический эксперимент и в процесс реабилитации. Это позволяет рекомендовать программу для длительного использования в реабилитационных центрах, стационарах, амбулаториях и домашних условиях.

Ключевые слова: больные, рассеянный склероз, программа, физическая реабилитация, лечебная гимнастика, специальные упражнения, Оннури терапия, сухожильно-мышечная диагностика, пунктурная диагностика, самомассаж кисти, оценка эффективности.

Ala' Omar Samara Abdallah. Physical rehabilitation of patients with disseminated (multiple) sclerosis in complex therapy in the hospital. – Manuscript.

Dissertation work for competition of a scientific degree of Candidate of

Science (Physical Education and Sport), speciality 24.00.03 – physical rehabilitation, National University of Physical Education and Sport of Ukraine. – Kyiv, 2010.

On the grounds of clinical, instrumental and pedagogical searches the physical rehabilitation program of patients with disseminated sclerosis is grounded and worked out. It was done for patients, who were in the hospital of Kyiv municipal centre of disseminated sclerosis. We applied the complex rehabilitation program, using special curative gymnastics complexes and methods micropuncturing self-reflex therapy of hand systems, Onnury therapy, pointed self-massage, sunflower seeds application, action with colors. The paper gives the estimation to the effectiveness of application this program according to the period of rehabilitation. In the group of patients who practiced this program, the dynamics of marcs was rather high then in the control group.

Key words: patients, disseminated (multiple) sclerosis, program, physical rehabilitation, therapeutic gymnastics, special exercises, Onnury therapy, tendinous muscle diagnostics, puncturing diagnostics, self-massage of the hand, effectiveness estimation.

до друку 16.05.2011 р. Формат 60x90/16.
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.
Тираж 100. Зам. 28.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Боженка, 17, оф. 414.
200-87-13, 200-87-15, 050-525-88-77