

Kulyk O. V., Zukow W. The use of ergotherapeutic techniques in the rehabilitation after severe traumatic brain injury at the stage of confusion syndromes. *Journal of Education, Health and Sport*. 2018;8(2):380-400. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1436564>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6127>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26/01/2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Authors 2018;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 14.02.2018. Revised: 20.02.2018. Accepted: 28.02.2018.

The use of ergotherapeutic techniques in the rehabilitation after severe traumatic brain injury at the stage of confusion syndromes

Kulyk O. V.

Scientific and practical center of neuro-rehabilitation "Nodus", Ukraine

Zukow W.

**Department of Spatial Management and Tourism, Faculty of Earth Sciences,
Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland**

Resume

The work is based on the results of diagnosis, rehabilitation and restorative treatment of 220 patients with post-coma long-term consciousness disorders after severe traumatic brain injury.

The main attention is given to the actual topic — the possibility of using ergotherapeutic techniques after severe traumatic brain injury at the stage of confusion in line with the stages of classification according to Dobrokhotova T. A. in the course of the rehabilitation route. This is the identification of sensitivity to ergotherapy, each of its techniques and ascertaining the practical feasibility of their use at each of the stages (6A, 6B, 6C).

The research reveals that, although patients within their groups at the stages 6A, 6B, 6B had almost identical (with individual fluctuations) physical capabilities, social skills, similar in their main features neurological status, but differed in the results of restoration the skills acquired through living.

Despite the fact that during migration of syndromes of consciousness reintegration from stage to stage, new physical skills appeared and previous achievements were strengthened, but tasks and techniques aimed at improving the language and higher cortical functions were at the forefront, thanks to which the social activity of patients increased.

The study emphasized that the combination of ergotherapeutic and psychotherapeutic techniques connected to the rehabilitation program precisely at the time of the stages migration, from confusion with aspontaneity to speech-motor confusion and, subsequently, amnesic confusion, had a great prognostic significance.

The importance of selection of ergotherapeutic techniques and their combinations at each link in the chain of consciousness recovery was revealed, and the dynamics of changes indicated the reserves of restoration of each patient's praxis.

Keywords: ergotherapy; traumatic brain injury; post-coma disturbance of consciousness; reintegration of consciousness; dyspraxia; praxis; ideation; motoric planning.

Використання ерготерапевтичних методик в ході реабілітації пацієнтів після тяжкої черепно-мозкової травми на стадії синдромів сплутаної свідомості

Кулик О. В.

Науково-практичний центр нейрореабілітації «Нодус», Ukraine

Zukow W.

**Department of Spatial Management and Tourism, Faculty of Earth Sciences,
Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland**

UDC: 616.8-085.83/.84: 616.831-001-036.17: 616.8-009.83

УДК: 616.8-085.83/.84: 616.831-001-036.17: 616.8-009.83

Резюме

В основу роботи покладено результати діагностики, реабілітації та відновного лікування 220-ти хворих з посткоматозними тривалими розладами свідомості після тяжкої ЧМТ.

Головна увага приділяється актуальним питанням доцільності та диференційованого використання ерготерапевтичних методик для пацієнтів після тяжкої черепно-мозкової травми на стадії синдромів сплутаної свідомості за класифікацією Доброхотової Т.А. в ході реабілітаційного маршруту.

Робиться акцент на тому, що, пацієнти в межах своїх стадій 6А, 6Б, 6В, маючи схожий за основними рисами неврологічний статус, а також майже однакові (з індивідуальними коливаннями) фізичні можливості, відрізнялися між собою за результатами відновлення навичок.

Незважаючи на те, що впродовж міграції від стадії до стадії синдромів реінтеграції свідомості, спостерігалася поява нових фізичних можливостей та відбувалося закріплення попередніх досягнень, що створювало підстави для нарощування саме фізичних навантажень, всеодно на перший план виступали, завдання і методики, спрямовані на покращання мови та вищих коркових функцій, завдяки яким зростала соціальна активність пацієнтів.

В дослідженні підкреслюється, що велике прогностичне значення мала комбінація ерготерапевтичних та психотерапевтичних методик, які підключалася до реабілітаційної програми в момент переходу стадій – від сплутаної свідомості з аспонтанністю до мовнорухової сплутаності та, згодом,- амнестичної сплутаності.

Виявлено важливість підбору ерготерапевтичних методик та їх комбінацій на кожній з ланок ланцюгу відновлення свідомості, а динаміка змін вказувала на резерви відновлення праксису кожного пацієнта.

Ключові слова: Ерготерапія; черепно-мозкова травма; посткоматозні порушення свідомості; реінтеграція свідомості; диспраксія; праксис; ідеація; моторне планування.

Introduction

Severe traumatic brain injury (TBI) statistics - the most common type of injuries and one of the main causes of disability in Ukraine [3,4]. Most people just suffer the young working age (21-45 years), mostly men [1].

More recently, in our country the stationary phase of treatment (resuscitation Neurology + Neurosurgery +) injured ended at a time when it ceased to life and health in danger. Physical deficiency, neurological disorders, cognitive disorders - all dry defined as effects which patients had to continue living. Patient at best direct in the spa facilities on a short course of rehabilitation, and at worst - just home, where relatives of the patient's own initiative continued to invite no systematic training massage therapist, osteopath or instructor of physical therapy, which without any individual program rehabilitation and your understanding of the concepts of "multidisciplinary team" tried to improve or restore some domestic skills patient.

However, over the past 5 years, the situation began to change rapidly and to work with these patients joined ergotherapist that provide professional skills not only recovery but also social self-directed activity (riding in a car, computer work, cooking for others, etc.) . Language training with a speech therapist eliminated the problem of enunciation, inarticulate language, because language development is closely connected with the development of motor acts [6]. Often, however, because

of these patients syndromes confusion after severe TBI, created significant difficulties for ergotherapeutic classes, especially when there was a need to increase their intensity. The lack of clear guidelines and a multitude of generalized descriptive approaches and techniques are not distinguished specifics of it in these clinical cases were caused suspension of rehabilitation and social integration of these patients. Despite the popularity of the subject, the question ergotherapy patients on reintegration phase syndrome awareness remain poorly understood.

The aim of the study

Determine the feasibility and clinical efficacy of using ergotherapeutic methods in the rehabilitation of patients after severe head injury at the stage of confusion according to the classification stages Dobrokhotova TA, to determine the sensitivity of each method ergotherapy, find out the practicality of use, identify significant prognostic features a dynamic process of reintegration of consciousness and recovery skills.

Material and methods

In the study group of 220 patients was 138 cases per stage postcoma abuse / recovery of consciousness TA Babich 6A - confusion with aspontaneity respectively later - 112 cases per stage 6B - linguistic motor disturbance and 93 cases at the stage 6B - amnesic confusion.

Rehabilitation programs complemented rather than new Kinesiology techniques as classes ergotherapy, speech therapy sessions and neuropsychiatric correction.

Classes were held in ergotherapy rehabilitation home office (closest to home), which among other things, make the most adapted when patients are moved using a trolley or walk-enabled devices or instructors.

Ergotherapeutic objectives and methods were aimed at restoring self-service skills, simulating real conditions, after mastering the correct sequence of actions, manipulation, selection of necessary equipment or special tools. Like all the rest of the classes, held daily and, as noted above, were not highly effective in patients with confusion and aspontaneity roll (6A).

Preceded the occupation as usual diagnosis. This time it concerned the definition of social exclusion of patients in both groups. Ergotherapist modeled various aspects of domestic praxis (including the area of hygiene and self-care), identifying violations components and constituents of life of these patients.

Results

Analysis of the collected findings again confirmed no statistically significant difference between the two groups in stage 6A. Further screening of patients in the control points ergotherapeutic block on stage 6B and 6B disclose the same principles emergence of sharp differences between the groups that are already known example speech therapy sessions or neuropsychiatric correction.

One fluctuations dyspraxis and gross violations before trauma level cultural, professional and social (including religious) values require the use of first ergotherapeutic preparatory measures for the selection and loading instructions that would be feasible, important for the patient, answered their interests and life roles. In the studied patients is spent on average $15\pm 3:00$ classes. However, ergotherapist tried to listen to the views of patients, helped the patient get used to use his strengths to compensate for weaknesses and adapted conditions of interaction so that the patient still, though something classes could perform, despite the restrictions.

After these preventive measures begin main action ergotherapeutic higher level of complexity, where, according to the existing rules [2] and requirements [5,6,7] first clearly defined security rules (including contraindications), and then - the duration of employment, their time execution, intensity of physical and mental

effort, the number of stages, the complexity, the number of people with whom the patient is scheduled contact, the range of daily duties, the amount of assistance required and need special care, hygiene (including toilet, bathing procedure), movement, transportation.

Each patient groups A and B began with imitation skills and as they proceeded to the formation of practical use - at the stage 6B - only under the supervision of staff or the same ergotherapist and 6B on stage - is under self-control.

Since the transition between stages of the syndrome, unlike syndrome oppressed stages of consciousness took place smoothly and was largely blurred the boundaries between advances in mental health, design IPA with clinical objectives of both groups looked different (see Table 1):

Table 1

Розподіл залучених методів відновного лікування у пацієнтів на стадіях синдромів сплутаної свідомості		
Методи відновного лікування, клінічні завдання на стадіях: 6А, 6Б, 6В	Кількість випадків N=138	
	n _Б (%) - max	n _А (%) - min
1. Відновлення, розширення, ускладнення гравітаційного градієнту та нарощування гравітаційної активності:	115 (83,34)	23 (16,66)
Апаратна вертикалізація на столі-платформі		√
Висадж ування у візку	√	√
Апаратна вертикалізація в системі динамічної нестабільності Balance Tr [®]	√	
Хода з активною апаратною стропною підтримкою	√	
Апаратна імітація ходи в апараті P10 [®]	√	
2. Створення/відновлення, подальше нарощування рухової активності в усіх кінематичних зонах:	115 (83,34)	23 (16,66)
Заняття в апаратах циклічного замкнутого руху THERA-vital [®] , Motomed [®]	√	
СРМ -терапія		√
PNF -терапія		√
Механотерапія Biodex 4pro [®]	√	
Апаратна функціональна терапія руки Ar meo Spring [®]	√	
Сеанси мануальної терапії з елементами ЛФК	√	√
3. Усунення, профілактика патологічних установок кінцівок методами ортезотерапії:	115 (83,34)	23 (16,66)
Динамічне ортезування	√	√
4. Полімодальна структурована стимуляція головного мозку:	115 (83,34)	23 (16,66)
Лікувальна ритмічна ТМС	√	√
Заняття з кутковими апаратними прискореннями в комплексах SET	√	√
Фотоімпульсна біхроматна зорова стимуляція з акустичними ефектами	√	
5. Фізіотерапія в допоміжному лікуванні наслідків імобілізаційного синдрому:	115 (83,34)	23 (16,66)
Електрична нейром'язова ритмічна стимуляція		√
Водолікування, підводний гідромасаж	√	
Пресотерапія		√
6. Ерготерапія. Соціальна адаптація.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)
8. Логопедична допомога. Відновлення мови.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)
9. Психоневрологічна корекція. Відновлення соціально-орієнтованої та особистісно-орієнтованої психічної діяльності.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)

Note: √ - used

The most successful were the following classes: "Introduction to kitchen equipment (furniture, appliances, kitchen utensils) and safety rules stay in the kitchen", "skills of using kitchen appliances", "table setting using the devices to

move the dishes", "cutting products (bread, vegetables), using special devices ", " learning cleaning vegetables ", " learning salads ", " training in the use cutlery ", " learning hot drinks "and finally," washing dishes, cleaning off the table. " Figure 1 shows photographic images of one of these classes.

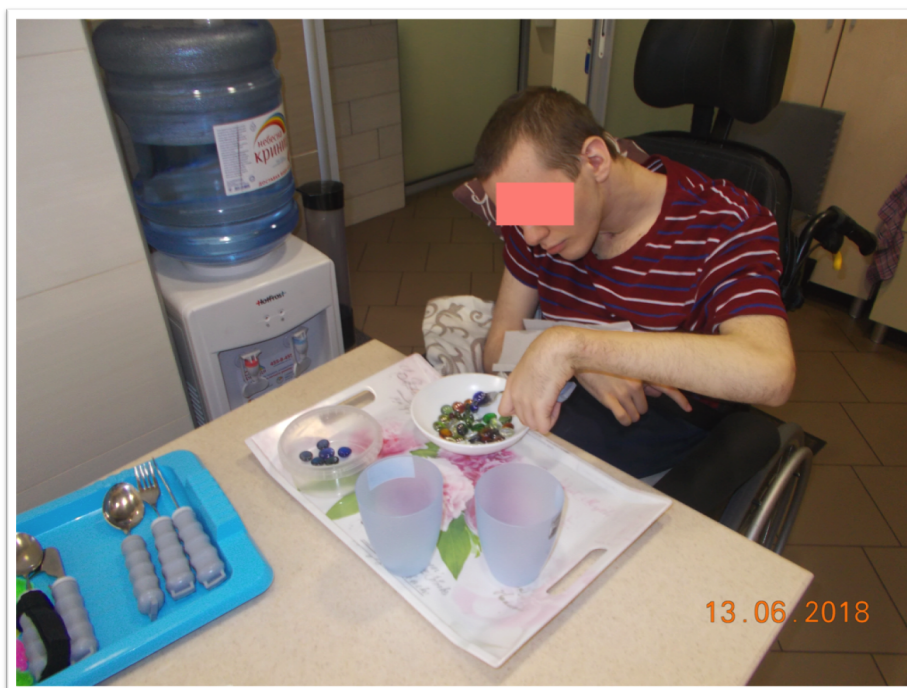


Fig. 1. Do ergotherapy patient in group B at the stage linguistic motor disturbance. Training "salads, imitation." Observations №125

Among the most serious difficulties were reported during ergotherapy, regardless of stages confusion syndrome, patients in both groups noted difficulties expedient to form ideation (contemplation of nature, the ability to abstract intuitive perception, not existing or not tangible stimuli or objects process of substantial arbitrary manipulation), motor planning and implementation combined praxis.

It is noteworthy that the end stages of a syndrome confusion is not detected any cases where not observed in varying degrees, these problems. Each patient who went to the stage dysmnesic syndrome (7A) described difficulties if and disappeared towards some skills occurred in relation to others. Moreover, these elements violations detected even in patients with stage syndromes clear

consciousness, or as residual effects or fixed firmly associated with some specific skills or professional activity specific conditions.

Conclusions:

1. Although patients within their groups on stages 6A, 6B, 6B were almost identical (with individual variations) physical abilities, social skills, like on the main features of neurological status, but the results differed restorative (intellectual and mental) functions.
2. Features rehabilitation pathways on the stage inherited syndromes confusion and increased pre impressive difference of physical capabilities, abilities, skills, achievements comparison between the two groups, and the newly acquired traits outlined, socially-oriented behavior of the patients, most (52,17%; n = 72; N = 138) of which, as a result moved to the next stage of recovery of consciousness.
3. Found among the most serious difficulties were reported during ergotherapy, regardless of stages confusion syndrome, patients in both groups noted difficulties expedient to form ideation, motor planning and implementation combined praxis.
4. Great combination of predictive value was ergotherapeutic and psychotherapeutic techniques that connected to a rehabilitation program at the moment of migration stages - from confusion with spontaneity, linguistic motor disturbance and, later - amnesic confusion.
5. It is noted that for migration from stage to stage syndromes reintegration of consciousness to the forefront were the objectives and methods designed to improve language and higher cortical functions, whereby increased social activity of patients.

Literary sources:

1. Hook AP Epidemiology of traumatic brain injury in Ukraine // Proceedings of V Congress of Neurosurgeons of Ukraine, 25-28 June, 2013. - Uzhgorod, 2013. - P. 38.
2. Canada perform evaluation of activities. Mary Lo et al. 2 nd edition. Translated to Russian language and edited by S. Maltsev.
3. EG Pedachenko Current approaches and innovative technologies in the treatment of traumatic brain injury // Proceedings of V Congress of Neurosurgeons of Ukraine, 25-28 June 2013. - Uzhgorod, 2013. - P. 52-53.
4. Pedachenko EG, Shlapak IP, Guk AP, MM Pylypenko Traumatic brain injury: the modern principles of first aid, teaching. method. guidances. / Custody. - K .: 2007. - 311 p.
5. Sukhov LS - Principles of Medical and Rehabilitation sotsyalnoy (okkupatsyonnaya therapy) s.40-45.
6. Linda E.MacKay, Brus A.Bernstein, Phyllis E.Chapman, Anthony S.Morgan, Laraine S.Milazzo. Early intervention in severe head injury: Long-term benefits of a formalized program. Physical medicine and rehabilitation, July 1992, Volume 73, Issue 7, Pages 635-641.
7. Williard & Spackman`s Occupational Therapy 10 / E (978-0-7817-2798-3) by Crepeau, Elizabeth Blesedell, PhD, OTR / L, FAOTA,et.al. Chapter 27, 29, 30.

Вступ

Тяжкі черепно-мозкові травми (ЧМТ) за статистикою - найпоширеніший вид травм і одна з основних причин інвалідизації в Україні [3,4]. Найбільше так само страждають особи молодого працездатного віку (21-45 років), переважно чоловіки [1].

Ще недавно в нашій країні стаціонарний етап лікування (реанімація+нейрохірургія+неврологія) травмованих закінчувався в той момент, коли його життю і здоров'ю переставала загрожувати небезпека. Фізичний дефіцит, неврологічні розлади, когнітивні порушення – все це сухо визначалися як наслідки, з якими пацієнт мав далі жити. Пацієнт в кращому випадку скеровувався в санаторно-курортний заклад на короткий курс відновного лікування, а в гіршому - просто додому, куди родичі пацієнта за власної ініціативи продовжували запрошувати до не систематичних занять масажиста, остеопата, чи інструктора з лікувальної фізкультури, котрі без жодної індивідуальної програми реабілітації та зі своїм розумінням понять «мультидисциплінарна команда» намагалися поліпшити чи відновити якісь побутові вміння пацієнта.

Проте за останні 5 років ситуація стрімко почала змінюватися і в до роботи з цими хворими долучилися ерготерапевти, які забезпечили професійне відновлення навичок не тільки самообслуговування але й соціальної направленої активності (їзда на автомобілі, робота за комп'ютером, приготування їжі для інших, тощо). Тренування мови з логопедом дозволило усунути проблеми дикції, нечленороздільної мови, адже розвиток мовлення тісно пов'язаний з розвитком моторних актів [6]. Однак часто через наявність у таких пацієнтів синдромів сплутаної свідомості після тяжкої ЧМТ, створювало значні труднощі для ерготерапевтичних занять, особливо коли стояла потреба нарощувати їх інтенсивність. Відсутність

чітких рекомендацій та численна кількість узагальнених підходів та описових методик, які не вирізняли специфіку роботи саме в подібних клінічних випадках, ставали причиною призупинення реабілітації і соціальної інтеграції цих хворих. Незважаючи на всю популярність даної тематики, питання ерготерапії пацієнтів на стадії синдрому реінтеграції свідомості залишаються маловивченими.

Мета дослідження

Визначити доцільність та клінічну ефективність від використання ерготерапевтичних методик в ході реабілітації пацієнтів після тяжкої черепно-мозкової травми на стадії сплутаної свідомості відповідно до стадій класифікації Доброхотової Т.А., визначити чутливість до кожного методу ерготерапії, з'ясувати практичну доцільність їх використання, визначити прогностично значимі особливості в динаміці процесів реінтеграції свідомості та відновленні навичок.

Матеріал та методи дослідження

В групі досліджень з 220 пацієнтів було 138 випадків на стадії посткоматозного порушення/відновлення свідомості за Доброхотовою Т.А. 6А – сплутаної свідомості з аспонтанністю, відповідно згодом – 112 випадків на стадії 6Б – мовнорухової сплутаності та 93 випадки на стадії 6В – амнестичної сплутаності.

Реабілітаційні програми доповнювалися не стільки новими кінезіологічними методами, скільки заняттями ерготерапії, логопеда та сеансами психоневрологічної корекції.

Заняття з ерготерапії проходили у кабінеті побутової реадаптації (максимально наближеної до домашніх умов), який крім усього іншого,

максимально адаптований під пацієнтів, що пересуваються з допомогою візка чи ходять з підтримкою інструкторів або апаратів.

Ерготерапевтичні завдання та прийоми були скеровані на відновлення навичок самообслуговування, імітуючи реальні побутові умови, через засвоєння правильної послідовності дій, маніпуляцій, підбір необхідного інвентарю чи спеціальних інструментів. Як і всі, решта занять, проводилися щоденно і, як зазначалося вище, мали не високу ефективність у пацієнтів з сплутаною відомістю та аспонтанністю (6А).

Передувала заняттям, як завжди, діагностика. На цей раз вона стосувалася визначення рівня соціальної дезадаптації хворих обох груп. Ерготерапевт моделював різні аспекти побутового праксису (включаючи зону гігієни та самодогляду), виявляючи порушення компонентів і складових життєдіяльності цих пацієнтів.

Результати

Аналіз зібраних висновків, знову, підтвердив відсутність статистично значимої різниці між обома групами на стадії 6А. Подальше скринінгове обстеження хворих в контрольних точках ерготерапевтичного блоку на стадіях 6Б та 6В розкривало ті ж самі принципи появи різких відмінностей між групами, що вже відомі з прикладів занять нейропсихічної чи логопедичної корекції.

Індивідуальні коливання диспраксії та грубо порушений дотравматичний рівень культурологічних, професійних і соціальних (в т.ч. релігійних) цінностей вимагали спочатку застосування підготовчих ерготерапевтичних заходів для підбору інструкцій і навантажень, які б були посильними, значущими для пацієнта, відповідали його інтересам і життєвим ролям. У досліджуваних хворих на це витратили в середньому 15 ± 3 годин занять. При цьому, ерготерапевт старався прислуховуватися до думки пацієнтів, допомагав пацієнтові звикнути використовувати його сильні

сторони для компенсації слабких, а також адаптував умови взаємодії так, щоб пацієнт, все ж таки, хоч щось за заняття міг виконати, не дивлячись на обмеження.

Після таких превентивних заходів розпочиналися основні ерготерапевтичні дії вищого рівня складності, де, згідно до існуючих правил [2] і вимог [5,6,7], чітко визначали спочатку правила безпеки (включаючи протипокази), а потім вже - тривалість занять, час їх виконання, інтенсивність фізичних і розумових зусиль, число етапів, складність виконання, кількість людей, з якими пацієнту заплановано контактувати, коло щоденних обов'язків, об'єм необхідної допомоги та потребу в спеціальних засобах догляду, гігієни (включаючи туалет, процедури купання), пересування, транспортування.

Кожний хворий групи А і Б починав з імітації навичок і по мірі їх формування переходив до практичного їх використання – на стадії 6Б – виключно під контролем персоналу чи того ж ерготерапевта, а на стадії 6В - вже під самоконтролем.

Оскільки перехід між стадіями даного синдрому, на відміну від стадій синдрому пригніченої свідомості, відбувався плавно, і мав в основному розмиті межі між досягненнями в психічній сфері, дизайн ППР з клінічними завданнями обох груп виглядав інакше (див. Табл. 1):

Таблиця 1

Розподіл залучених методів відновного лікування у пацієнтів на стадіях синдромів сплутаної свідомості		
Методи відновного лікування, клінічні завдання на стадіях: 6А, 6Б, 6В	Кількість випадків N=138	
	n _Б (%) - max	n _А (%) - min
1. Відновлення, розширення, ускладнення гравітаційного градієнту та нарощування гравітаційної активності:	115 (83,34)	23 (16,66)
Апаратна вертикалізація на столі-платформі		√
Висадж ування у візку	√	√
Апаратна вертикалізація в системі динамічної нестабільності Balance Tr [®]	√	
Хода з активною апаратною стропною підтримкою	√	
Апаратна імітація ходи в апараті P10 [®]	√	
2. Створення/відновлення, подальше нарощування рухової активності в усіх кінематичних зонах:	115 (83,34)	23 (16,66)
Заняття в апаратах циклічного замкнутого руху THERA-vital [®] , Motomed [®]	√	
СРМ -терапія		√
PNF -терапія		√
Механотерапія Biodex 4pro [®]	√	
Апаратна функціональна терапія руки Ar meo Spring [®]	√	
Сеанси мануальної терапії з елементами ЛФК	√	√
3. Усунення, профілактика патологічних установок кінцівок методами ортезотерапії:	115 (83,34)	23 (16,66)
Динамічне ортезування	√	√
4. Полімодальна структурована стимуляція головного мозку:	115 (83,34)	23 (16,66)
Лікувальна ритмічна ТМС	√	√
Заняття з кутковими апаратними прискореннями в комплексах SET	√	√
Фотоімпульсна біхроматна зорова стимуляція з акустичними ефектами	√	
5. Фізіотерапія в допоміжному лікуванні наслідків імобілізаційного синдрому:	115 (83,34)	23 (16,66)
Електрична нейром'язова ритмічна стимуляція		√
Водолікування, підводний гідромасаж	√	
Пресотерапія		√
6. Ерготерапія. Соціальна адаптація.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)
8. Логопедична допомога. Відновлення мови.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)
9. Психоневрологічна корекція. Відновлення соціально-орієнтованої та особистісно-орієнтованої психічної діяльності.	√ 115 (83,34)	√ 23 (16,66)

Примітка: √ - застосовувалася

Найбільш успішними виявилися такі заняття: «знайомство з кухонним устаткуванням (меблі, побутові прилади, посуд) та правилами безпеки при перебуванні на кухні», «навички користування кухонними побутовими

приладами», «сервірування столу з використанням пристосувань для переміщення посуду», «нарізання продуктів (хліб, овочі) з використанням спеціальних пристосувань», «навчання чищенню овочів», «навчання приготуванню салатів», «навчання користуванню столовими приборами», «навчання приготуванню гарячих напоїв» і, нарешті, «миття посуду, прибирання зі столу». На рис. 1 представлено фотофіксацію одного з таких занять.



Рис. 1. Заняття ерготерапії у пацієнта групи Б на стадії мовнорухової сплутаності свідомості. Навчання «приготування салату, імітація». Спостереження №125

Серед найбільш серйозних труднощів, які були зафіксовані під час ерготерапії, незалежно від стадій синдрому сплутаної свідомості, у пацієнтів обох груп доцільно відмітити труднощі з утворенням ідеації (споглядання сутності, здатність до інтуїтивного сприйняття абстрактних, не існуючих чи не відчутних стимулів, або об'єктів, процес довільного оперування їх

змістовністю), моторним плануванням та реалізацією комбінованого праксису.

Примітно, що до кінця стадій синдрому сплутаної свідомості не виявлено жодного випадку, де б не спостерігали, в тій чи іншій мірі, ці проблеми. У кожного хворого, хто перейшов в стадію дисмнестичного синдрому (7А), описані труднощі, якщо і зникали по відношенню до одних навичок, виникали по відношенню до інших. Більше того, елементи вказаних порушень, виявлялися навіть у пацієнтів на стадії синдромів ясної свідомості, або у вигляді залишкових явищ, або стійко закріплених, асоційованих з якимись специфічними навичками професійної діяльності чи особливих умов життя.

Висновки:

1. Хоча й пацієнти в межах своїх груп на стадіях 6А, 6Б, 6В мали майже однакові (з індивідуальними коливаннями) фізичні можливості, соціальні навички, схожий за основними рисами неврологічний статус, проте відрізнялися за результатами відновлення психічних (інтелектуально-мнестичних) функцій.
2. Особливості реабілітаційних маршрутів пацієнтів на стадії синдромів сплутаної свідомості успадкували і наростили попередню вражаючу різницю фізичних можливостей, здібностей, навичок, досягнень між обома групами порівняння, а також вперше здобули риси окресленої, соціально-орієнтованої поведінки хворих, більша частина (52,17%; n=72; N=138) з яких, в результаті перейшла в наступну стадію відновлення свідомості.
3. Встановлено, що серед найбільш серйозних труднощів, які були зафіксовані під час ерготерапії, незалежно від стадій синдрому сплутаної свідомості, у пацієнтів обох груп доцільно відмітити

труднощі з утворенням ідеації, моторним плануванням та реалізацією комбінованого праксису.

4. Велике прогностичне значення мала комбінація ерготерапевтичних та психотерапевтичних методик, які підключалася до реабілітаційної програми саме в момент міграції стадій – від сплутаної свідомості з аспонтанністю до мовнорухової сплутаності та, згодом,- амнестичної сплутаності.
5. Відмічено, що впродовж міграції від стадії до стадії синдромів реінтеграції свідомості на перший план виступали завдання і методики, спрямовані на покращання мови та вищих коркових функцій, завдяки яким зростала соціальна активність пацієнтів.

Літературні джерела:

1. Гук А.П. Епідеміологія черепно-мозкової травми в Україні // Мат-ли V з'їзду нейрохірургів України, 25–28 червня, 2013. — Ужгород, 2013. — С. 38.
2. Канадская оценка выполнения деятельности. Мэри Ло и др. Издание 2 е. Перевод на русский язык и редактирование С. Мальцев.
3. Педаченко Є.Г. Сучасні підходи та інноваційні технології в лікуванні черепно-мозкової травми // Мат-ли V з'їзду нейрохірургів України, 25–28 червня 2013. — Ужгород, 2013. — С. 52-53.
4. Педаченко Є.Г., Шлапак І.П., Гук А.П., Пилипенко М.М. Черепно-мозкова травма: сучасні принципи невідкладної допомоги: навчал. метод. посіб. / Варта. – К.: 2007. – 311 с.
5. Сухова Л.С. - Основы медико-социальной реабилитации (окупационная терапия) с.40-45.
6. Linda E.MacKay, Brus A.Bernstein, Phyllis E.Chapman, Anthony S.Morgan, Laraine S.Milazzo. Early intervention in severe head injury:

Long-term benefits of a formalized program. *Physical medicine and rehabilitation*, July 1992, Volume 73, Issue 7, Pages 635–641.

7. Williard & Spackman`s Occupational Therapy 10/E (978-0-7817-2798-3) by Crepeau, Elizabeth Blesedell, PhD, OTR/L, FAOTA, et.al. Chapter 27, 29, 30.