

Канис-терапия на втором этапе реабилитации пациентов после ишемического инсульта

М.Н.Мальцева^{1,2,3}, Е.В.Мельникова^{1,4}, А.А.Шмонин^{1,2,4}

¹ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова Минздрава России. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8;

²СПб ГБУЗ Городская больница №26. 196247, Россия, Санкт-Петербург, ул. Костюшко, д. 2;

³АНО Сообщество поддержки и развития канис-терапии. 197229, Россия, Санкт-Петербург, Ольгино, ул. Первомайская, д. 2;

⁴ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова Минздрава России. 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Снижение двигательной активности и двигательные нарушения, развивающиеся вследствие инсульта, приводят к снижению мотивации к движению и развитию депрессивных расстройств. В свою очередь эти факторы вызывают коммуникативный дефицит, боязнь активности, усиливают двигательный дефицит, критично снижают мотивацию к реабилитации. Использование в реабилитации канис-терапии позволяет снизить боязнь активности, стресс и тяжесть депрессивных расстройств, стимулировать двигательную и коммуникативную активность, мотивацию к реабилитации. В результате включения канис-терапии в программу реабилитации у пациентов значительно снизилась тяжесть депрессии по шкале депрессии Гамильтона, улучшились индекс мобильности Ривермид, состояние по модифицированной шкале исходов реабилитации и функциональной независимости Рэнкин.

Ключевые слова: реабилитация, канис-терапия, депрессия, инсульт, острое нарушение мозгового кровообращения, постинсультная депрессия, стресс, дезадаптация, коммуникативный дефицит, двигательный дефицит.

✉nimmaria@mail.ru

Для цитирования: Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. Канис-терапия на втором этапе реабилитации пациентов после ишемического инсульта. Consilium Medicum. 2016; 18 (9): 56–58.

Canis-therapy second stage of rehabilitation of patients after an ischemic stroke

M.N.Maltseva^{1,2,3}, E.V.Melnikova^{1,4}, A.A.Shmonin^{1,2,4}

¹I.M.Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197022, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. L'va Tolstogo, d. 6/8;

²St. Petersburg State Hospital №26. 197000, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Kostyushko, d. 2;

³ANO The Association of Support and Development Canis therapy. 197229, Russian Federation, Saint Petersburg, Ol'gino, ul. Pervomaiskaia, d. 2;

⁴V.A. Almazov Federal Heart, Blood and Endocrinology center. 197341, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. Akkuratova, d. 2

Reduced motor activity and motor disorders that develop as a result of a stroke, leads to a decrease in motivation for the movement and the development of depressive disorders. These factors cause the communicative deficits, fear of activity, enhance motor deficit, reduce the motivation for rehabilitation. Complementing rehabilitation canis-therapy can reduce the activity of the fear, stress and severity of depressive disorders, stimulate locomotor activity and communication, motivation for rehabilitation. As a result of the inclusion in the program of rehabilitation canis-therapy patients significantly reduced the severity of depression HADS, improved mobility index Rivermid improved state of the modified scale of outcomes of rehabilitation and functional independence Rankin.

Key words: depression, stroke, post-stroke depression, stress, maladjustment, motor deficits, rehabilitation, communication disorders, dog assisted therapy, canis-therapy.

✉nimmaria@mail.ru

For citation: Maltseva M.N., Melnikova E.V., Shmonin A.A. Canis-therapy second stage of rehabilitation of patients after an ischemic stroke. Consilium Medicum. 2016; 18 (9): 56–58.

Введение

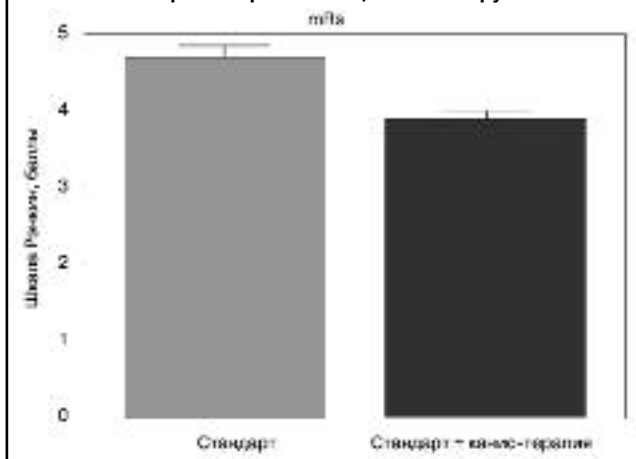
Восстановление пациентов, получивших вследствие инсульта множественные двигательные нарушения, является серьезной проблемой реабилитации во всем мире. Современные технологии позволили существенно улучшить качество лечения и реабилитации, но самые эффективные технологии и препараты практически не могут повлиять на мотивацию пациента к восстановлению. Исследователи приходят к выводу, что личная мотивация является существенным фактором, влияющим на активизацию пациента и исход реабилитации [1]. Существуют данные о том, что существенную роль в развитии депрессии и потере мотивации у пациентов старше 67–70 лет играют именно двигательные нарушения и снижение двигательной активности [2]. В свою очередь, наличие депрессивного расстройства также снижает двигательную активность и может утяжелять двигательный дефицит [3]. Понимание того, что саногенетические процессы и процессы самомобилизации не могут полностью реализоваться без активного включения пациента в реабилитацию, вызвали рост интереса к мотивационным технологиям реабилитации. Одной из таких методик, предлагающей в качестве терапии для пациента целенаправленную деятельность, повышающую уровень мотивации к восстановлению и возврату к нормальной жизни, является канис-терапия, или реабилитация с использованием собаки-ассистента [4, 5].

Современная канис-терапия является междисциплинарной методикой нормализации жизни человека, нуждающе-

гося в социальной, медицинской или психологической реабилитации. Она идеологически близка к эрготерапии, так как пациент вовлекается в деятельность, становящуюся для него терапией. Специфичность канис-терапии заключается в том, что в терапевтическую деятельность пациента вовлекает собака, специальным образом обученная для использования в реабилитации. Общение с собакой вызывает у пациента меньший стресс, чем коммуникация с персоналом и родственниками. Пациенты с депрессивными расстройствами зачастую согласны на коммуникацию исключительно с животным [6]. В этом случае собака становится адаптером в коммуникации. Канис-терапевт незаметно управляет собакой для стимуляции необходимых ему видов активности.

Гипотеза исследования заключалась в следующем: при существенном снижении мобильности пациента, перенесшего инсульт, происходит психологическая дискредитация необходимости движения. Пассивная двигательная активность в виде гимнастик или механотерапии не всегда приводит к активизации высшего психического механизма запуска двигательной активности – мотивации к движению. Движения пациента не направлены на самообслуживание и удовлетворение потребностей организма. Из-за того, что движения пациента длительное время не имеют для него явной пользы, они становятся бессмысленными с точки зрения системы внутреннего подкрепления и нейрофизиологические системы мотивации к движению оказываются выключенными. Для восстановления мотивации к движению не-

Рис. 1. Результат оценки по модифицированной шкале Рэнкин после завершения реабилитации в обеих группах.



обходимо вовлечь пациента в осмысленную и приносящую удовлетворение деятельность таким образом, чтобы двигательная активность подкреплялась незамедлительно. Для решения этой задачи была выбрана канис-терапия, так как специально обученная собака способна моментально продемонстрировать одобрение и поддержку пациенту в ответ на малейшую активность. Животное выражает одобрение невербально – мимикой и позами, что оценивается пациентом как более достоверное и искреннее поощрение. Собака активно сигнализирует о том, что ей приятны и необходимы движения пациента. Таким образом, специалист канис-терапевт получает возможность стимулировать активность и поощрять увеличение ее интенсивности.

Материалы и методы

В исследование были включены 23 пациента, 12 в основную и 11 – в контрольную группу. Пациенты мужского и женского пола, возраст от 67 до 72 лет, перенесшие ишемический инсульт, получавшие лечение в соответствии с порядком оказания помощи при инсульте (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. №928н). После лечения и реабилитации в стационаре переведены на второй этап реабилитации в частное реабилитационное учреждение.

Все включенные в исследование пациенты не имеют когнитивных нарушений, речевых нарушений нет либо имеются незначительные, могут самостоятельно переворачиваться в кровати, способны садиться в кровати со спущенными ногами с помощью персонала. У пациентов парез нижних конечностей – 3 балла, в руках – от 3 до 4 баллов. У всех пациентов выявлена депрессия, отсутствует желание заниматься двигательной реабилитацией, сотрудничать с персоналом и врачами, принимать лечение, выполнять рекомендации специалистов по лечебной физкультуре. Все пациенты избегают общения, неохотно разговаривают, не просят о помощи, даже при необходимости физиологических отправок, при фактической возможности (тазовые функции не нарушены или нарушены незначительно, своевременная помощь персонала доступна) использовать прикроватный туалет или коляску для перемещения в санитарную комнату пользуются подгузниками, предпочитают лежать в кровати. Пациенты не принимали антидепрессанты по причине личного отказа, поддержанного родственниками.

Все пациенты получали курс реабилитации в виде физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, массажа, психотерапии и музыкотерапии. 12 пациентов группы исследования получали канис-терапию.

До начала курса была проведена оценка всех пациентов с использованием модифицированной шкалы исходов реабилитации и функциональной независимости Рэнкин, индекса мобильности Ривермид и шкалы депрессии Гамильтона.

Рис. 2. Результат оценки по индексу мобильности Ривермид после завершения реабилитации в обеих группах.

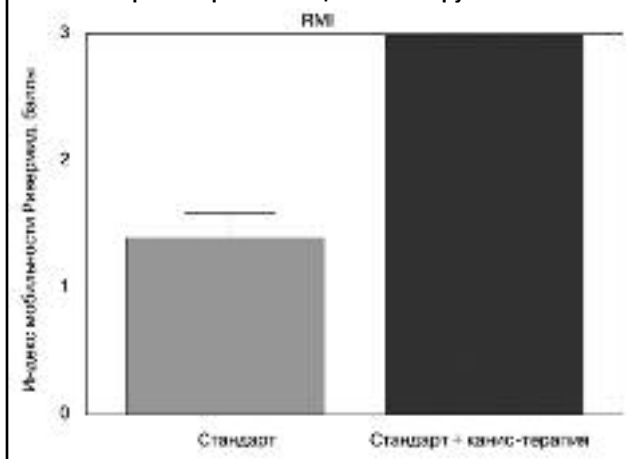
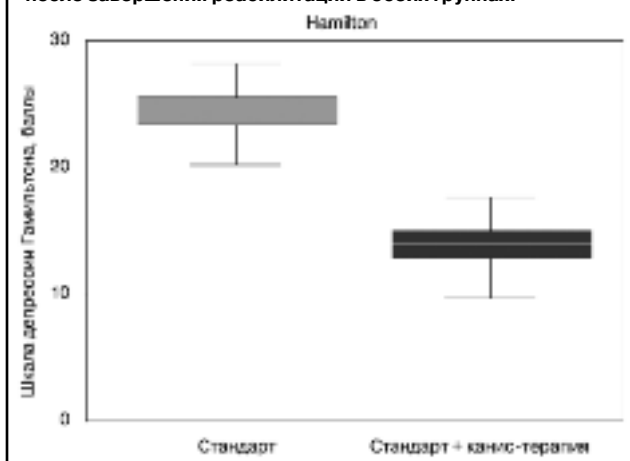


Рис. 3. Результат оценки по шкале депрессии Гамильтона после завершения реабилитации в обеих группах.



на. Исходно группы были сопоставимы по всем шкалам. По модифицированной шкале Рэнкин до исследования оценка составляла 5 (5; 5) баллов во обеих группах ($p=1,0$), по индексу мобильности Ривермид – 1 (1; 1) балл во обеих группах ($p=1,0$) и по шкале депрессии Гамильтона до исследования в группе пациентов, получающих стандартную реабилитацию – 28 (27; 29) баллов и в группе канис-терапии – 28 (28; 28,5) баллов ($p=0,61$). Данное значение по шкале депрессии Гамильтона соответствует тяжелой депрессии, которая присутствовала у пациентов до начала исследования во обеих группах.

Метод канис-терапии применялся в целях стимуляции двигательной и коммуникативной активности пациентов, снижения уровня стресса и повышения мотивации к комплексной реабилитации и сотрудничеству с медицинским персоналом.

Занятия канис-терапией проводились в несколько этапов, со следующей регулярностью: первые 10 дней курса через день, затем 20 дней 1 раз в 3 дня и далее 60 дней по 2 раза в неделю в фиксированные дни. Весь курс продолжался 3 мес (продолжительность была обусловлена регламентом учреждения). Продолжительность занятий варьировалась от 10 до 35 мин, с учетом необходимости не переутомить и не перенасытить пациентов эмоционально. Для канис-терапии использовались 8 собак разных пород и размеров, сертифицированных по ГОСТР 56384–2015 [7] и 8 обученных для данной программы вожатых. Собаки периодически сменялись, чтобы избежать излишней привязанности пациентов к определенным животным.

Первые 5 занятий проходили в режиме знакомства пациентов с собаками, вожатые показывали элементы развлека-

тельной дрессуры, рассказывали про собак, подводили животных погладить и предлагали угостить лакомством. Занятия проводились в палатах на 3 и 4 человека индивидуально-групповым методом. Во время второго посещения пациенты стали инициировать контакт с собаками и вожатыми, просили подвести животных ближе. На пятом посещении все пациенты попросили персонал посадить их в кровати, после чего программа визитов перешла на следующий этап.

На втором этапе все общение с собаками происходило в положении сидя. В целях восстановления коммуникативных навыков пациентам было предложено подзывать к себе собак и просить их принести разные предметы. Управление собаками происходило не в форме подачи команд, а в форме обращений следующего типа: «(Кличка), пожалуйста, подай (предмет)». В этом упражнении для поощрения собак использовались исключительно «приятные слова», например, «спасибо», «мне очень приятно» и т.п. В целях стимуляции двигательной активности пациентам были предложены игры с собаками, такие как: кидание игрушек (разнофактурных и разновесных), набрасывание колец на собаку, толкание легкого мяча ногами, подкидывание лакомства в пасть собаки. Каждое упражнение завершалось поглаживанием собаки и прижиманием собаки к ногам пациента для стимуляции тактильного контакта и расслабления пациентов. На третьем этапе пациентам давалось задание за свободные от посещения с собаками дни наломать черный хлеб и заготовить сухарики для угощения в целях наработки перспективных позитивных ожиданий. Также давалось задание плести из толстых цветных веревочек игрушки для собак (при помощи ухаживающего персонала) в целях улучшения функций руки. На этом этапе пациенты при их полном согласии перемещались на время канис-терапии в холл, занятия стали проводиться со всей группой одновременно, пациенты объединялись в мини-группы для совместного выполнения заданий. На третьем этапе были введены упражнения на социальное взаимодействие: совместное выполнение распределенных обязанностей, без которых выполнение упражнения невозможно, например двое удерживают обруч для прыжка собаки, третий держит контейнер с лакомством. Также были добавлены повседневные навыки: наливание воды из бутылки, расчесывание, застегивание простых застежек типа «липучка», «кнопка» и «крючок». Легендой этого этапа стала «необходимость обучить молодых собак для выступлений на детских праздниках». Пациентам систематически предъявлялись фотографии их «учеников», выступающих на праздниках в детских домах. Это дало возможность расширить социальную сферу пациентов во внешний мир и повысить их самооценку, так как они получили социальную роль людей, помогающих другим. Последние 6 занятий проводились на улице, в ходе занятий пациенты прогуливали собак, перемещаясь в креслах-колясках.

Результаты

В процессе занятий были отмечены следующие изменения. Пациенты стали активно обращаться к персоналу за помощью, предпочитать сидячую позу и перемещение в коляске лежанию в постели. На втором этапе занятий все пациенты стали пользоваться прикроватными туалетами при помощи персонала. В середине этого этапа пациенты стали сотрудничать со специалистами по лечебной физкультуре (ранее помощь принималась в пассивной форме). На третьем этапе 5 пациентов стали просить перемещать их в санитарную комнату, все пациенты стали умываться и чистить зубы самостоятельно, в положении сидя, при незначи-

тельной помощи персонала. Последние 3 нед курса с активного согласия пациентов занятия проводили на улице.

При оценке по модифицированной шкале Рэнкин (рис. 1) в группе пациентов, получающих стандартную реабилитацию вместе с канис-терапией, отмечено значимое снижение функциональной зависимости до 4 (4; 4) баллов по сравнению с группой стандартной терапии – 5 (4; 5) баллов ($p=0,0013$). При оценке по индексу мобильности Ривермид (рис. 2) в группе пациентов, получающих стандартную реабилитацию вместе с канис-терапией, отмечено значимое увеличение мобильности пациента – 3 (3; 3) балла по сравнению с группой стандартной терапии – 1 (1; 2) балл ($p=0,000001$). При оценке уровня эмоционально-аффективных расстройств по шкале депрессии Гамильтона (рис. 3) в группе пациентов, получающих стандартную реабилитацию вместе с канис-терапией, отмечено значимое снижение уровня депрессии – 11 (10; 12) баллов по сравнению с группой стандартной терапии – 23 (23; 25) балла ($p=0,000001$). Так уровень депрессивного расстройства, оцененного по шкале Гамильтона, снизился в группе пациентов, получающих канис-терапию, до уровня легкого депрессивного расстройства, а в группе только стандартной реабилитации остался на высоком уровне.

Заключение

Канис-терапия является одной из разновидностей мотивационной реабилитации и может быть использована для реабилитации пациентов с двигательными расстройствами и снижением мотивации, развившимся после инсульта. Основные эффекты канис-терапии связаны с влиянием на эмоциональную сферу, снижение проявлений депрессии и выстраиванием новой мотивационной стратегии. Успешная канис-терапия возможна только при корректной подготовке собак-терапевтов по ГОСТ и эффективном обучении реабилитологов и вожатых, которые работают с собакой, специфическим технологиям канис-терапии.

Литература/References

1. Poltawski L, Boddy K, Forster A et al. Motivators for uptake and maintenance of exercise: perceptions of long-term stroke survivors and implications for design of exercise programmes. *Disabil Rehabil* 2015; 37 (9): 795–801. doi: 10.3109/09638288.2014.946154. Epub 2014 Aug 1.
2. Miakotnykh VS, Miakotnykh KV, Lespukh NI, Borovkova TA. Depressive disorders in elderly and senile patients in the period of rehabilitation after acute ischemic stroke. *Adv Gerontol* 2012; 25 (3): 433–41.
3. Chen C, Leys D, Esquenazi A. The interaction between neuropsychological and motor deficits in patients after stroke. *Neurology* 2013; 80 (Suppl. 2): S27–34. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182762569.
4. Rubenstein DA, Debboun M, Burton R. Canine-assisted therapy in military medicine. Perspectives: commander's introduction. *US Army Med Dep J* 2012; 1–4.
5. Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. и др. Простое слепое исследование эффективности канис-терапии в реабилитации пациентов в отсроченном периоде ишемического инсульта. *Вестн. восстановительной медицины*. 2013; 6: 70–3. /Mal'tseva M.N., Mel'nikova E.V., Shmonin A.A. i dr. Prostoe slepoe issledovanie effektivnosti kanis-terapii v reabilitatsii patientsov v otsrochennom periode ishemicheskogo insulta. *Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny*. 2013; 6: 70–3. [in Russian]
6. Мальцева М.Н., Мельникова Е.В., Шмонин А.А. и др. Канис-терапия в реабилитации мужчин, перенесших ишемический инсульт с постинсультной депрессией. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2014; 8: 338–9. /Mal'tseva M.N., Mel'nikova E.V., Shmonin A.A. i dr. Kanis-terapiia v reabilitatsii muzhchin, perenesshikh ishemicheskii insult s postinsul'tnoi depressiei. *Zhurn. nevrologii i psikiatrii im. S.S.Korsakova*. 2014; 8: 338–9. [in Russian]
7. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56384–2015. Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии. Подготовка и аттестация собак для реабилитации инвалидов. Общие требования. / Natsional'nyi standart RF GOST R 56384–2015. Federal'noe agentstvo po tekhnicheskomu regulirovaniu i metrologii. Podgotovka i attestatsiia sobak dlia reabilitatsii invalidov. *Obshchie trebovaniia*. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мальцева Мария Николаевна – канд. тех. наук, д-р вет. наук, доц. каф. психологии и педагогики ФПО ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, психолог неврологического отд-ния для больных с ОНМК ГБУЗ Городская больница №26, дир. АНО СПРКТ. E-mail: nimmariia@mail.ru

Мельникова Елена Валентиновна – д-р мед. наук, проф. каф. неврологии и нейрохирургии, каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, зам. глав. врач – рук. регионального сосудистого центра ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова. E-mail: melnikovae2002@mail.ru

Шмонин Алексей Андреевич – канд. мед. наук, ассистент каф. неврологии и нейрохирургии с клиникой, доц. каф. физических методов лечения и спортивной медицины ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, мл. науч. сотр. ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова, невролог реанимационного отделения для больных с ОНМК ГБУЗ Городская больница №26. E-mail: angendorff@gmail.com