

М.А. СОЛОМЧЕНКО

кандидат педагогических наук, доцент
кафедры теории и методики физического
воспитания, докторант кафедры общей
педагогики Орловского государственного
университета

E-mail: marin69@yandex.ru,

тел. 8 910 304 83 44

Д.И. ГОЛОВКИН

аспирант очного отделения кафедры
теории и методики физического воспи-
тания Орловского государственного
университета

E-mail: senior.golovkin2010@yandex.ru

Тел. 8 915 501 85 61

ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Физическая реабилитация является неотъемлемой частью восстановительного процесса больных с инсультом. В данной статье мы показали роль инструктора лечебной физической культуры в восстановлении двигательных функций у больных с ишемическим инсультом. Без активного проявления больного к восстановлению утраченных навыков нельзя говорить о возвращении к активной жизнедеятельности, если только частично. Наоборот пациенты, которые принимают активное участие в реабилитационных мероприятиях и полностью выполняют рекомендации инструктора, полностью возвращаются к активной жизни. Полное восстановление больных с инсультом зависит от восстановления их двигательных навыков. В связи с этим, особое значение необходимо уделить вопросам подготовки инструкторов по лечебной физкультуре.

***Ключевые слова:** реабилитация, ишемический инсульт, двигательная активность, средства лечебной физкультуры*

Одной из основных причин тяжелой и длительной инвалидизации населения в современном обществе являются инсульты [1,3,6,7,9]. Отсутствие своевременного и адекватного восстановительного лечения больных после инсульта ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений, а также социальной и бытовой дезадаптации человека.

Реабилитация больных с ишемическим инсультом начинается с первых суток поступления. Результат непосредственно зависит от времени заболевания и поступления больного в отделение. Чем больше времени пройдет от момента заболевания, тем дольше идет восстановление. А это зависит от понимания и осознанного поведения человека. Так как многие люди не понимают, что

с ними произошло, это и является проблемой на сегодняшний день. В настоящее время не уделяется времени для распространения сведений по данному заболеванию и не ведется распространение материала, где описывались бы первые симптомы заболевания. В связи с этим данная проблема является актуальной.

В практике реабилитации больных с ишемическим инсультом важным аспектом является правильный подход инструктора. Вследствие того, что мышцы на пораженной стороне становятся наиболее слабыми и голова, как правило, может повернуться на здоровую сторону, если с больным контакт постоянно происходит только со здоровой стороны. Из этого возникает противоречие между пассивной реабилитацией

больного с инсультом и применением средств лечебной физической культуры для активного восстановления.

Необходимым условием является правильный подход инструктора к больному (с больной или здоровой стороны). Многие утверждают [4,6,8], что к пациенту нужно подходить с больной стороны, чтобы он мог поворачивать голову в эту сторону и выполнять дальнейшие инструкции и указания. Так как если больной будет смотреть и разговаривать через здоровую сторону, то мышцы здоровой стороны перетянут голову в эту сторону. А если больной будет поворачивать голову в пораженную сторону, то будет плохо видеть окружающих и неправильно выполнять команды.

Целью реабилитации является возвращение пострадавшего к бытовой и трудовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества.

При проведении восстановительного лечения больных, перенесших инсульт, важно учитывать теоретические представления об организации физиологических и патологических движений, о формировании компенсаторных процессов поврежденных структур и нарушенных функций, о функциональных системах организма. Кроме того, важно помнить о влиянии сенсорных и речевых воздействий на эффективность физических упражнений.

На выработку компенсаторных механизмов оказывает большое влияние так называемая обратная связь, проявляющаяся в сигнализации из внешней и внутренней сред организма [2]. Реабилитационное лечение больных, перенесших инсульт, основывается также на концепции о системной организации мозговых функций, которая указывает на резервные возможности головного мозга при реорганизации его структур в условиях патологического процесса. Данная реорганизация вызывает двигательное переобучение пациента, что, в свою очередь, приводит либо к восстановлению, либо компенсации нарушенных функций.

Одним из основных направлений восстановительного лечения больных после инсульта является физическая терапия, основными целями которой являются следующие: сохранение или увеличение объема движений, достижение позуальной стабильности, соблюдение баланса

тела в положении стоя и сидя, предотвращение контрактур, купирование или уменьшение болевого синдрома [5]. Для успешного проведения реабилитации больных, перенесших инсульт, необходимо оценить функциональные возможности пациента, определить его проблемы и план ведения, установить конкретные цели восстановительного лечения и сроки расширения двигательного режима [8]. Этими вопросами занимается инструктор по лечебной физкультуре.

Также инструктор по лечебной физкультуре необходим для объяснения и правильного показа упражнений и других подобных манипуляций. С его помощью или поддержкой больные учатся поворачиваться в кровати, присаживаться из положения лежа, вставать с кровати и поддерживать правильно равновесие. Инструктор дает указания, как правильно передвигаться и с какой ноги это надо начинать делать, как правильно присесть и лечь. Инструктор делает физиологические укладки для поддержания тонуса в конечностях и не дает развиваться контрактурам (повышение тонуса в мышцах).

На 80% реабилитация больного зависит от качества работы инструктора по лечебной физкультуре и только на 20% – от медикаментозного лечения. В статье представлены комплексы упражнений для реабилитации больных с инсультом самостоятельно и с помощью инструктора лечебной физической культуры.

Проведение активных и с помощью инструктора перемещений и передвижений пациента.

1) Повороты в кровати на пораженную сторону

Самостоятельно

а) Больной сгибает оба колена. Чтобы согнуть ногу в колене, можно воспользоваться здоровой ногой.

б) Больной, чтобы не прижать при повороте больную руку туловищем, отодвигает ее от тела или при помощи здоровой руки сгибает больную руку в локтевом суставе.

в) Больной поворачивает голову в сторону, на которую осуществляется поворот, отталкивается здоровой ногой и поворачивает колени и плечи в больную сторону.

С помощью инструктора

а) Инструктор встает около пациента с больной стороны.

б) Инструктор помогает повернуться, взявшись за здоровое плечо, таз, бедро или колено.

2) Перемещение в кровати к изголовью
Самостоятельно

а) Больной садится в кровати так, чтобы ноги были согнуты. Важно следить, чтобы больная рука лежала на колене.

б) Больной сгибает здоровую, а, если возможно, и больную ногу в коленных суставах, скользя стопами по кровати. При этом здоровую руку надо отвести немного назад в сторону от таза.

в) Опираясь на здоровую руку и пятку гомолатеральной ноги, поднимает поочередно ягодицы, продвигаясь к изголовью кровати.

С помощью инструктора

а) Инструктор встает около пациента с больной стороны.

б) Одной рукой инструктор обхватывает таз, а другую руку подкладывает под бедро или ягодицу больной ноги, склонившись так, чтобы своим плечом подпирать больное плечо пациента.

в) Когда пациент приподнимется, инструктор поднимает больную сторону и служит опорой плечу пациента, склоняясь так, чтобы больному легче было передвигаться по кровати.

3) Вставание с кровати через больную сторону
Самостоятельно

а) Больной сгибает ноги в коленных суставах.

б) Больной переворачивается на больную сторону.

в) Опускает ноги с края кровати, при этом здоровой ногой может помогать передвигать больную ногу.

г) Больной переносит и кладет здоровую руку на матрац перед туловищем на уровне больного плеча, затем отталкивается ею и встает.

С помощью инструктора

а) Инструктор встает с больной стороны и кладет руки на коленный и плечевой суставы здоровой стороны пациента, затем помогает перевернуться на больную сторону и опускает ноги с кровати.

б) Больной ладонью здоровой руки опирается о матрац на уровне больного плеча, затем, отталкиваясь здоровой рукой, поднимает голову и садится в кровати.

в) Если больному трудно проделать это самостоятельно, то инструктор помогает сесть,

положив одну руку под лопатку с пораженной стороны, а другую – на бедро здоровой ноги.

4) Вставание и стояние
Самостоятельно

а) Больной встает как можно прямее, распределив вес тела равномерно на обе ноги, выпрямив их в коленных и тазобедренных суставах.

б) Больной поддерживает равновесие, опираясь ладонями на стол или на любую устойчивую поверхность, которая должна находиться на уровне талии пациента.

С помощью инструктора

а) Инструктор встает рядом с пациентом с пораженной стороны.

б) Инструктор обхватывает руками больного за талию или бедра, стопа ноги инструктора приложена к носку пораженной ноги пациента.

в) Бедро больной ноги пациента поддерживается телом или рукой инструктора, не давая ему согнуться.

5) Усаживание в кресло
Самостоятельно

а) Больной встает спиной как можно ближе к сиденью, стопы поставлены на одну линию и придвинуты к ножкам кресла.

б) Больной берется обеими руками за подлокотники кресла. Если это окажется невозможно, то необходимо держаться лишь здоровой рукой, слегка наклоняясь в здоровую сторону.

в) Больной наклоняется вперед, согнув ноги в тазобедренных суставах и затем садится.

С помощью инструктора

а) Инструктор встает с пораженной стороны, кладет руку на спину пациента между лопатками и руководит его действиями.

б) При необходимости второй рукой инструктор поддерживает колено больной ноги, регулируя движения пациента.

б) Вставание из кресла
Самостоятельно

а) Больной сдвигается на край сиденья, поставив стопы на пол на одну линию таким образом, чтобы они были расставлены на “ширину плеч”, слегка придвигая их к ножкам кресла.

б) Больной наклоняется вперед так, чтобы плечи оказались над коленями и стопами, перенеся вес тела равномерно на обе стопы, при этом руки или опираются на подлокотники, или свободно свисают.

в) Больной отталкивается от сидения и выпрямляется.

г) Больной удерживает равновесие, встает прямо, выпрямляет ноги в тазобедренных и коленных суставах.

С помощью инструктора

а) Больной смещается на край кресла, стопы ставит ровно на пол на “ширину плеч”, стопы располагает близко к ножкам кресла. Инструктор встает к пациенту лицом, ноги должны быть напротив пораженной ноги больного для ее фиксации в нужном положении.

б) Больной кладет руку на плечо инструктора или обнимает его за талию, при этом больная рука может висеть совершенно свободно, или при достаточном владении ею пациент также держится за талию инструктора, который обхватывает больного за талию или бедра.

в) Больной сильно наклоняется вперед и встает, инструктор при этом помогает пациенту перенести вес тела на стопы и поддерживает больную сторону.

г) Больной выравнивается и равномерно распределяет вес тела на обе ноги, держа равновесие.

7) Пересаживание из одного кресла в другое *Самостоятельно*

а) Необходимо придвинуть кресло, на которое пациент хочет пересест, как можно ближе к нему со здоровой стороны и под прямым углом к креслу, на котором он сидит.

б) Больной перемещается на край кресла, стопу больной ноги ставит на пол прямо перед собой ближе к краю сиденья, стопу здоровой ноги – ближе к дальней ножке кресла, в которое он пересаживается.

в) Больной наклоняется вперед и несколько в сторону того кресла, в которое он пересаживается.

г) Здоровой рукой пациент берется за удаленный от него подлокотник второго кресла.

д) Больной приподнимается с сиденья, переносит вес тела на здоровую руку и ногу и поворачивается спиной к креслу, в которое намерен сесть.

е) Контролируя правильность посадки, чтобы было удобно и безопасно сидеть, нужно опуститься в кресло.

С помощью инструктора

а) Стопы пациента плотно стоят на полу и придвинуты к ножкам кресла, ноги расставлены

на “ширину плеч”, носки расположены на одной линии.

б) Больной должен сместиться на край сиденья. Для этого инструктор подталкивает свои ладони под ягодичные мышцы больного, и пациент с помощью инструктора, перекатываясь с одной ягодицы на другую, перемещается на край сиденья.

в) Инструктор своим коленом и стопой поддерживает стопу и колено пораженной ноги больного.

г) Больной кладет здоровую руку на плечо инструктора, но не обхватывает его за шею.

д) Инструктор подкладывает ладони под ягодичные мышцы пациента или обхватывает его за спину.

е) Больной интенсивно наклоняется вперед, при этом коленные суставы инструктора прижимаются к таковым пациента, после чего инструктор отклоняется назад с согнутыми в коленных суставах ногами, чтобы сохранить равновесие.

ж) Вставая, пациент распределяет свой вес равномерно на обе ноги.

з) Встав на ноги, больной поворачивается спиной к креслу, на которое он пересаживается.

и) Согнув ноги в коленях, пациент наклоняется вперед, в то время как инструктор фиксирует его колени, особенно с пораженной стороны.

к) Усаживая пациента в кресло, инструктор приседает, максимально отставив таз назад, помогая больному глубже сесть в кресло.

8) Подъем по лестнице

Самостоятельно

а) Поднимаясь вверх по лестнице, пациент опирается на здоровую ногу и следит, чтобы носки стоп “смотрели” вперед, и стопы ставились полностью на ступеньку.

б) Если больной ходит с тростью, то, поднимаясь по лестнице, ее надо нести в руке, приподняв над ступеньками, а в качестве опоры использовать перила или поручни.

в) Если поручни и перила отсутствуют, необходимо использовать для опоры трость, ее больной держит здоровой рукой и встает на ступеньку одновременно с больной ногой или прежде, чем поставить пораженную ногу.

С помощью инструктора

а) Поднимаясь вверх по лестнице, больной опирается на здоровую ногу и следит, чтобы но-

ски “смотрели” вперед и стопы ставились полностью на ступеньку.

б) Инструктор стоит позади пациента с пораженной стороны, поддерживая одной рукой больного за бедра, а другой – держась за поручни.

в) Инструктор помогает пациенту только, направляя бедра вперед и перемещая вес тела на здоровую ногу в момент подъема на ступеньку.

г) Инструктор помогает ставить пациенту стопу больной ноги на ступеньку, соблюдая правила безопасности.

9) Спуск с лестницы

Самостоятельно

При движении вниз по лестнице больная нога служит опорой. Больной берет трость в здоровую руку, опускает ее ступенькой ниже, после чего опускает здоровую ногу.

С помощью инструктора

а) Больная нога служит опорой, носки “смотрят” вперед и стопы ставятся полностью на ступеньку.

б) Инструктор стоит перед пациентом, одна его рука находится на бедре больного, другая – на перилах.

в) Инструктор помогает направлять бедра пациента вперед, когда он спускается, и помогает перемещать вес тела на больную сторону.

г) Инструктор помогает пациенту поставить больную ногу на ступеньку, при этом он должен быть очень осторожным, так как спускается со ступенек спиной.

Выполнение перечисленных приемов и техник физической терапии в значительной степени способствует повышению эффективности восстановительного лечения пациентов, перенесших ишемический инсульт, росту их бытовой и социальной адаптации и соответственно улучшению качества жизни, что согласуется с данными других авторов [2,3 – 5,8].

Методические указания по применению упражнений.

Каждое движение больной должен выполнять строго по команде инструктора для достижения лучшего эффекта. Каждое упражнение больной должен выполнять с определенной последовательностью и под определенным углом. Вставания и повороты выполняются в среднем темпе, а отталкивания от поверхности опоры с большей силой на здоровую сторону. При стоя-

нии на двух ногах больной должен распределить центр тяжести на обе конечности. Если в ноге, где было поражение, сила меньше, то центр тяжести нужно перенести на здоровую ногу и пытаться удержать равновесие. Больной не должен отвлекаться на посторонние манипуляции, а быть собранным и внимательным.

В исследовании применялись следующие методы: анализ литературных источников по проблеме исследования, педагогическое наблюдение за больными, эксперимент, математическая статистика.

С пациентами производились беседы, выяснялось, с какой целью и для чего нужна физическая реабилитация, как правильно выполнять упражнения, способствующие восстановлению. Наглядно демонстрировали плакаты и фильмы для лучшего понимания и усвоения, для дальнейшего правильного выполнения упражнений. Инструктор показывал правильное выполнение: как правильно перенести центр тяжести с одной конечности на другую и распределение его на обе конечности во время стояния и т.д. С помощью эксперимента решался вопрос, в какой группе больше больных сможет самостоятельно передвигаться в различных положениях.

С целью уточнения специфики нарушения двигательной активности были обследованы 66 пациентов (35 мужчин и 31 женщина) в остром периоде ишемического инсульта. Двигательный дефект проявлялся легким гемипарезом (паралич одной стороны тела) со снижением мышечной силы до 3 баллов (способность больного осуществлять движения против силы тяжести). Средний возраст обследованных составил 64 ± 8 лет.

Больные находились на госпитализации в МЛПУ БСМП им Н.А. Семашко 3 недели (21 день). С ними проводились занятия по два раза каждый день до выписки. На одно занятие отводилось 30 ± 5 минут.

По мере активного участия пациентов в реабилитации их разделили на две группы: контрольную (№I) и экспериментальную (№II). При этом учитывали возможности передвижения больных (самостоятельно или с помощью инструктора).

В контрольную I группу вошли 35 пациента (17 мужчин и 18 женщин), которые не принимали активного участия в реабилитации. Эти пациен-

ты выполняли указания, которые давал инструктор, не полностью.

В экспериментальную II группу вошли 31 пациент (15 мужчин и 16 женщин), которые принимали активное участие в реабилитации. Эти пациенты выполняли все указания, способствующие восстановлению.

В каждой группе исследовали общее количество человек, не разделяя пациентов по половому признаку и другим особенностям. В таблицы записывали данные тестирования пациентов с видимым прогрессом. Многие из исследуемых не пытались выполнять все рекомендации из-за собственной беспомощности и неловкости движений. У многих пациентов возникал страх и опасения, что они не справятся с поставленной задачей и смогут нанести еще больший ущерб здоровью. Поэтому, в процессе исследования появилась необходимость разделить их на две группы – контрольную и экспериментальную.

В экспериментальной группе с пациентами проводились занятия по перемещению в кровати, перемещению с кровати в прикроватное кресло и проводились упражнения с отягощением собственного веса. В связи с тем, как больной справлялся с возложенной на него нагрузкой, уровень сложности выполняемых упражнений возрастал как с помощью инструктора, так и при самостоятельном их выполнении.

В таблице 1 представлены данные пациентов, которые выполняли упражнения самостоятельно, без помощи инструктора.

На основании данных, представленных в таблице 1 видно, что пациентов, которые способствовали восстановлению своих утраченных функций с помощью инструктора, больше, чем тех которые выполняли инструкции не полностью. Это считается нормальным показателем для тех упражнений, которые больные выполняют с помощью инструктора, так как это облегчает нагрузку на организм в целом и способствует самостоятельному применению этих навыков на практике, не боясь упасть.

Выполняя упражнения с помощью инструктора, пациентам была предоставлена возможность попробовать сделать это упражнение, но только самостоятельно (инструктор давал методические указания для правильного самостоятельного выполнения). Это было сделано для необходимости воспитать у больного уверенность в собственных силах. Психологически это оправдало свои ожидания, чем активнее проявлял себя пациент во время занятий с инструктором, тем быстрее и лучше у него получалось сделать то или иное упражнение, но только самостоятельно. Все данные представлены в таблице 2.

По представленным данным в таблице 2 мы наблюдаем, что те больные, которые принимали активное участие в реабилитации и способство-

Таблица 1

Выполнение упражнений с помощью инструктора

№ п/п	Перемещения и передвижения	За 1 неделю		За 2 недели		За 3 недели	
		I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
1.	Повороты в кровати на пораженную сторону	26	27	28	28	29	31
2.	Перемещение в кровати к изголовью	25	27	25	28	27	30
3.	Вставание с кровати через пораженную сторону	26	28	29	30	30	31
4.	Вставание и стояние	22	25	24	26	27	29
5.	Усаживание в кресло	24	26	24	29	25	30
6.	Вставание из кресла	23	26	24	27	27	30
7.	Пересаживание из одного кресла в другое	20	22	21	25	23	26
8.	Подъем по лестнице	12	15	14	17	15	18
9.	Спуск с лестницы	9	11	10	13	14	15

Примечание. Количество человек, сделавших с помощью инструктора

вали восстановлению двигательных функций значительно больше, чем больных, выполнявших упражнения не полностью и не соблюдая правильность и методические указания. Ведь доказано, чем активнее больной способствует выполнению упражнений с инструктором и следует его методическим указаниям по выполнению этого упражнения, тем легче ему будет выполнить их самостоятельно.

Если сравнивать обе таблицы, можно увидеть разницу между больными, выполняющими задания с помощью инструктора, и больными, которые достигли самостоятельного результата, что является неотъемлемой частью исследования.

На основании исследования можно выявить, что в контрольной группе больные, которые способствовали восстановлению утраченных функций, частично вернулись к нормальной жизнедеятельности. Многие пациенты, которые

выполняли упражнения частично и не способствовали своему психическому и физическому восстановлению, так полностью не вернулись к нормальной жизнедеятельности.

В экспериментальной группе доказано предположение, что больные, занимающиеся активно с инструктором и выполняя его методические указания по применению упражнений, быстрее начинают восстанавливать свои утраченные функции, которые необходимы для возвращения к нормальной и полноценной жизни.

Исходя из изложенного, можно сказать, что чем активнее будет вести себя больной и будет позитивнее настроение, тем лучше и быстрее наступит улучшение и восстановление утраченных функций. Ведь не только от занятий лечебной физкультуры и труда инструктора зависит положительный результат, но и от того настроения, с каким больной будет все выполнять.

Таблица 2

Выполнение упражнений самостоятельно

№ п/п	Перемещения и передвижения	За 1 неделю		За 2 недели		За 3 недели	
		I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
1.	Повороты в кровати на пораженную сторону	15	18	17	22	20	26
2.	Перемещение в кровати к изголовью	10	12	12	16	15	22
3.	Вставание с кровати через пораженную сторону	6	9	7	14	9	19
4.	Вставание и стояние	8	12	10	17	13	24
5.	Усаживание в кресло	4	5	7	11	10	17
6.	Вставание из кресла	9	14	12	18	15	26
7.	Пересаживание из одного кресла в другое	8	11	9	14	11	23
8.	Подъем по лестнице	5	9	7	11	9	16
9.	Спуск с лестницы	3	6	5	9	8	14

Примечание. Количество человек, сделавших самостоятельно

Библиографический список

1. Гусев Е.И. Проблема инсульта в Российской Федерации // Е.И. Гусев, В.И. Скворцова, В.В. Киликовский, Л.В. Стаховская, Н.Ю. Айриян. Журнал «Качество жизни. Медицина» / 2006. №2 (13). С. 10-14.
2. Демиденко Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных. / Т.Д. Демиденко, Н.Г. Ермакова. СПб.: Изд-во «Фолиант» 2004. 300 с.
3. Иванова Г.Е. Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом / Г.Е. Иванова, В.М. Шкловский, Е.А. Петрова, В.В. Гудкова, Т.В. Шанина. Журнал «Качество жизни. Медицина», 2006. №2 (13). С.62-70.
4. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных // Методическое пособие. Под ред. Акад. РАМН, проф. А.А. Скворцова / О.В. Камаева, Полина Монро. СПб., 2003. 20 с.
5. Камаева О.В. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных // Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия. Под ред. Акад. РАМН, проф. А.А. Скоромца / О.В. Камаева, Полина Монро, З.Ф. Буракова, О.Б. Зычко, А.А. Иванова, В.А. Сорокоумов, М.Е. Тищенко. СПб., 2003. 42 с.
6. Скворцова В.И. Ишемический инсульт / В.И. Скворцова, М.А. Евзельман. Орел. 2006. 404 с.
7. Скоромец А.А. Диагностика и лечение начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения // А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Е.Р. Баранцевич, В.В. Ковальчук. Журнал «Aqua vitae». 2001. №3. С. 6-7.
8. Сорокоумов В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге / В.А. Скоромец. СПб. : «Человек», 2002. 48 с.
9. Warlow C.P. Stroke. A practical guide to management / C.P. Warlow, M.S. Dennis, J. van Gijn, G.J. Hankey, P.A.G. Sandercock, J.M. Bamford, J. Wardlaw. London, 1997. 664 p.

M.A. SOLOMCHENKO, D.I. GOLOVKIN

APPLICATION OF MEANS OF MEDICAL PHYSICAL TRAINING
FOR REHABILITATION OF PATIENTS WITH A STROKE

Physical rehabilitation is an integral part of regenerative process of patients with a stroke. In given article we have shown a role of the instructor of medical physical training in restoration of impellent functions at patients with an ischemic stroke. Without active display of the patient to restoration of the lost skills it is impossible to speak about returning to active ability to live, if only partially. On the contrary patients who render active participation in rehabilitation actions and completely carrying out instructions of the instructor completely came back to active life. The complete recovery of patients with a stroke depends on restoration of their impellent skills. In this connection, it is necessary to give special value to questions of preparation of instructors in physiotherapy exercises.

Key words: *rehabilitation, an ischemic stroke, impellent activity, physiotherapy exercises means.*