

ОЦІНКА РІВНЯ ПОБУТОВОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Клімцов Андрій

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Анотація. Розглядається рівень побутової активності дітей з церебральним паралічем після хірургічного лікування за шкалою Бартела. Представлені результати використання спеціальних фізичних вправ з метою покращення побуту дітей з церебральним паралічем після хірургічного лікування.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, шкала Бартела.

Аннотация. Климцов Андрей. Оценка уровня бытовой активности детей с церебральным параличом после хирургического лечения. Рассматривается уровень бытовой активности детей с церебральным параличом после хирургического лечения по шкале Бартела. Представлены результаты использования специальных физических упражнений с целью улучшения быта детей с церебральным параличом после хирургического лечения.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, шкала Бартела.

Annotation. Klimtsov Andriy. Estimation of a level of household activity of children with a cerebral paralysis after surgical treatment. The level of domestic activity of children with a cerebral palsy after surgical treatment on the Bartell scale is considered in the article. The article presents the results of application of special physical exercises for the children with cerebral palsy after surgical treatment.

Key words: cerebral palsy, the Bartell scale.

Вступ.

У даний час у світі нараховується щонайменше 15 мільйонів людей, які уражені тяжкою і невиліковною хворобою – церебральним паралічем. Мультифакторність етіології і складність патогенезу ускладнюють ефективність її лікування. Тому ДЦП займає перше місце серед інших хвороб нервової системи, які призводять до інвалідності.

Пошкодження у дітей незрілого мозку в пренатальний період, інтранатальний або ранній постнатальний періоди змінюють етапність і закономірність його морфологічного дозрівання і розвитку, а також формують клінічну картину ДЦП [1,5].

До провідних із інвалідизуючих порушень при ДЦП відносять рухові розлади, що відображається у визначенні захворювання: церебральні паралічі розглядаються вітчизняними авторами як синдроми, що виникають у результаті пошкодження ЦНС на ранніх етапах онтогенезу [6,7].

Постійна присутність при ДЦП тонічних рефлексів спастичності і ригідності м'язів формує порочні установки тулуба і кінцівок, контрактури і деформації, які, в свою чергу, обумовлюють ускладнення у повсякденному житті та побуті [4].

Найбільш суттєвим у клінічній картині ДЦП є патологія постави і ходи. Поряд з розумовою відсталістю і розладом психоемоційної сфери порушення рухів визначає прогноз соціальної адаптації хворих. Отже проблема рухової адаптації стає все

більш актуальною [3].

Тому всі системи реабілітації хворих з ДЦП у всьому світі в тій чи іншій степені поруч з відновленням рухової сфери спрямовані і на покращання побутових функцій і підвищення, таким чином, „якості” життя хворих дітей шляхом використання елементів лікувальної фізкультури, фізіотерапії, масажу, медикаментозного, хірургічного, ортопедичного і санаторно-курортного лікування.

Вітчизняні автори акцентують увагу на тому, що порушення трофічних впливів зі сторони ЦНС, патологія м'язового тонусу, обмеження рухової активності, тривале перебування хворих у патологічних позах сприяють формуванню вторинних структурних змін в нервово-м'язовому апараті. Багато авторів відмічають, що вторинні зміни в нервово-м'язовому апараті корелюють з тяжкістю рухових розладів і в значній мірі погіршують останніх [2,5].

Не викликає сумнівів теза про те, що рухові порушення є одним з найбільш важливих у пристосуванні його до навколишнього середовища. Удосконалення рухів відбувається по мірі росту дитини, дозрівання сенсомоторних систем і ускладнення зв'язків із зовнішнім світом [6].

Прогноз лікування, включаючи розвиток рухових можливостей і інтелекту дитини, в багато чому залежить від становлення ручної умілості. На протязі перших років життя різні стадії розвитку комплексів рухів руки в цілому, головним чином кисті, замінюють одна іншу. У дитини, що страждає церебральним паралічем, не відбувається нормального послідовного розвитку рухів рук. Може бути відсутня опора на кисть, в той час як опора на передпліччя і плече в тій чи іншій мірі розвивається. В силу порушення тонічних м'язових реакцій кисть не може або неправильно здійснює процес захвату.

Таким чином, розвиток рухових навиків позитивно відображується не тільки на розширенні рухового режиму, але й на поліпшенні повсякденного життя хворої дитини, що в свою чергу допомагає адаптувати її до соціального і повноцінного суспільного життя.

Роботу планується виконати згідно зі зведеним планом 2.2.8. НДР НУФВСУ на 2005-2009 рр.

Формулювання цілей роботи.

Мета дослідження – виявити порушення рухової функції і рівень побутової активності у дітей, хворих на церебральний параліч після хірургічного лікування. Представити фізіологічно обґрунтовану методику оцінки побутової сфери, запропонувати методику фізичної реабілітації та оцінити її ефективність.

Методи та організація дослідження – аналіз спеціальної науково-методичної літератури, вивчення історії хвороб дітей, що досліджувались, педагогічне спостереження, анкетування. Було використано методику оцінки рівня побутової активності Бартела (табл. 1).

Таблиця 1
„Оцінка рівня побутової активності”

<u>Прийом їжі:</u>	
– 10 – Не потребує допомоги, спроможний самостійно користуватися всіма необхідними столовими приборами;	
– 5 – Частково потребує допомоги, наприклад, при розрізанні їжі;	
– 0 – Повністю залежний від оточуючих (необхідне годування з сторонньою допомогою);	
<u>Персональний туалет (умивання обличчя, зачісування, чистка зубів...):</u>	
– 5 – Не потребує допомоги;	
– 0 – Потребує допомоги;	
<u>Одягання:</u>	
– 10 – Не потребує сторонньої допомоги;	
– 5 – Частково потребує допомоги, наприклад, при взуванні, заціпанні гудзиків.	
– 0 – Повністю потребує сторонньої допомоги;	
<u>Прийом ванни:</u>	
– 5 – Приймає ванну без сторонньої допомоги;	
– 0 – Потребує сторонньої допомоги;	
<u>Контроль тазових функцій:</u>	
– 20 – Не потребує сторонньої допомоги;	
– 10 – Частково потребує допомоги;	
– 0 – Потребує сторонньої допомоги;	
<u>Туалет:</u>	
– 10 – Не потребує допомоги;	
– 5 – Частково потребує допомоги, наприклад, підтримання рівноваги;	
– 0 – Потребує використання „утки”;	
<u>Вставання з постелі:</u>	
– 15 – Не потребує допомоги;	
– 10 – Потребує нагляду або мінімальної підтримки;	
– 5 – Може сісти в постелі, але щоб встати потрібна підтримка;	
– 0 – Не спроможний встати з постелі;	
<u>Пересування:</u>	
– 15 – Може без сторонньої допомоги пересуватись на відстань до 500 м.;	
– 10 – Може пересуватись з сторонньою допомогою в межах 500 м.;	
– 5 – Може пересуватись з допомогою інвалідної коляски;	
– 0 – Не спроможний до пересування;	
<u>Підйом по сходах:</u>	
– 10 – Не потребує допомоги;	
– 5 – Потребує нагляду або підтримки;	
– 0 – Не спроможний підійматися по сходах навіть з підтримкою.	

Дослідження проведенні на базі відділення відновної нейрохірургії інституту нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова.

Об’єктом дослідження були 37 пацієнтів – 19 хлопчиків та 18 дівчат – у віці від 5 до 9 років з іспадичними формами ДЦП.

Результати та їх обговорення.

Згідно отриманих даних було виявлено, що

переважна більшість хворих не спроможна задовольнити свої побутові потреби (табл. 2).

Таблиця 2
Побутова активність за шкалою Бартела

бали	Прийом їжі			
	До лікування		Після лікування	
	абс.	%	абс.	%
0	4	10,8	4	10,8
5	19	51,4	16,0	43,3
10	14	37,8	17,0	45,9
Персональний туалет				
0	9	24,3	7,0	19,0
5	28	75,7	30,0	81,0
Одягання				
0	9	24,3	8,0	21,6
5	22	59,5	19,0	51,4
10	6	16,2	10,0	27,0
Прийом ванни				
0	20	54,1	18,0	48,6
5	17	45,9	19,0	51,4
Тазові функції				
0	9	24,3	8,0	21,6
10	13	35,1	12,0	32,5
20	15	40,6	17,0	45,9
Туалет				
0	10	27,0	8,0	21,6
5	16	43,3	14,0	37,8
10	11	29,7	15,0	40,6
Вставання з постелі				
0	6	16,2	5,0	13,5
5	14	37,8	11,0	29,7
10	3	8,2	6,0	16,2
15	14	37,8	15,0	40,6
Пересування				
0	9	24,3	10,0	27,0
5	11	29,7	9,0	24,3
10	10	27,0	11,0	29,7
15	7	19,0	7,0	19,0
Підйом по сходах				
0	20	54,1	18,0	48,7
5	9	24,3	10,0	27,0
10	8	21,6	9,0	24,3

Так, наприклад, 24% хворих не спроможні самостійно одягнутися, 54% потребують сторонньої допомоги при прийомі ванн, а також значна кількість обмежена у пересуванні та інших особливостях побуту. Повні результати обстеження представлені у табл. 2.

Оскільки рух людини, в цілому, і дитини, зокрема, визначає її можливості у повсякденному житті, то зміна цих показників представляла для нас особливий інтерес.

Як свідчить проведений аналіз 24% дітей досліджуваної групи, внаслідок тяжкого протікання хвороби не спроможні до пересування, близько 30% можуть рухатися з допомогою інвалідної коляс-

ки, і лише 19% в тій чи іншій мірі можуть вільно пересуватись (рис. 1). Аналогічна ситуація спостерігається і у можливостях пересування по сходах (рис.2).

Таким чином, отримані дані дослідження свідчать про позитивний ефект запропонованої методики занять, а також про сприятливе відображення у поведінці дітей. Крім того, в процесі занять покращився емоційно-вольовий стан хворих дітей, що створює добрі передумови для безболісної інтеграції

до суспільства. Викладене дає можливість стверджувати, що ефективне застосування засобів фізичної реабілітації покращує якість життя хворих, зберігає їх побутову активність, полегшує перебіг захворювання.

Фізичні вправи, які ми використовували, спрямовані на відновлення порушених функцій, зменшення м'язової спастичності, покращення координації рухів. Особливістю методики є послідовна зміна станів розслаблення, напруження та розтя-

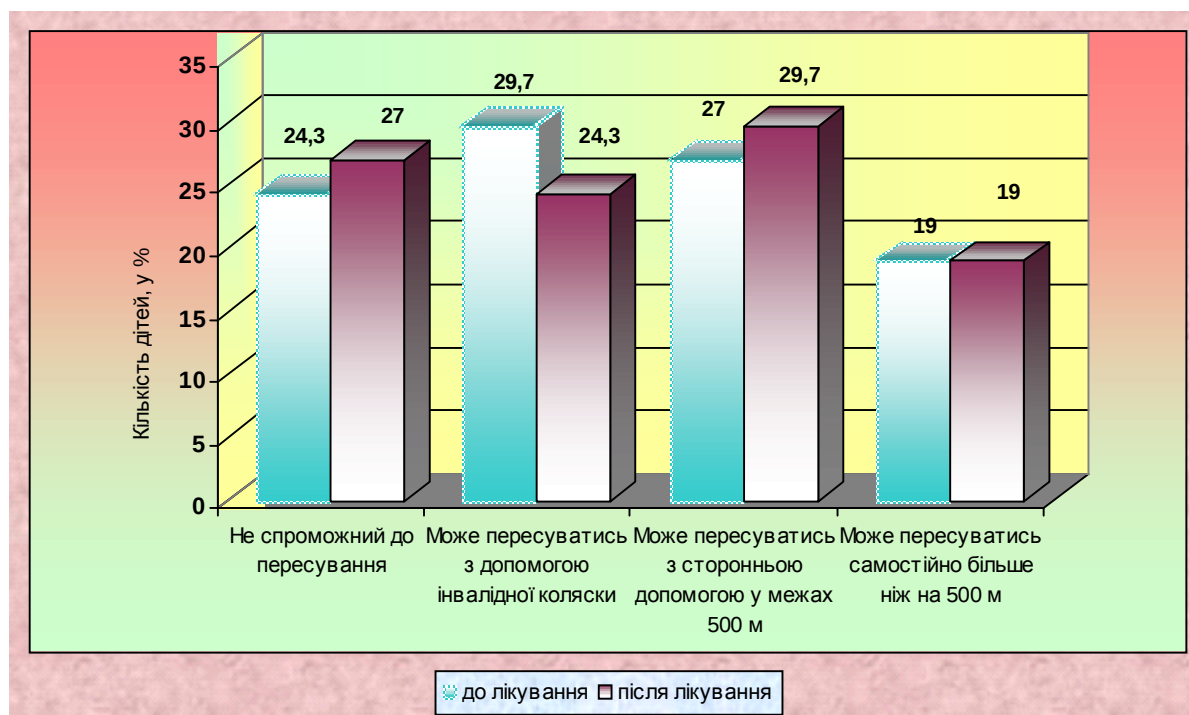


Рис.1 Динаміка показників пересування хворих

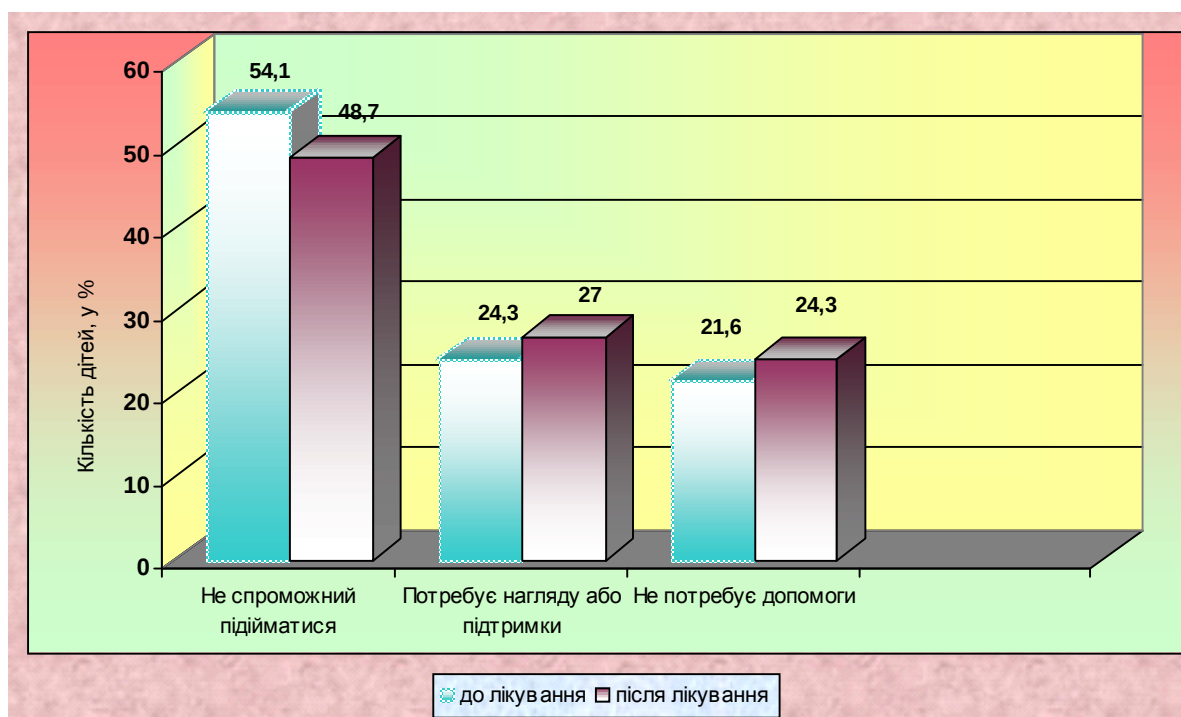


Рис. 2 Оцінка підйому по сходах

гування, акцент уваги на можливих помилках, розширення діапазону складності.

Підбір вправ, їх дозування здійснювалось з урахуванням стану хворого, характеристики та обсягу рухових порушень, стадії та ступню важкості захворювання.

Висновки.

Отже отримані дані свідчать:

- реабілітація дітей хворих на церебральний параліч передбачає не тільки відтворення моторики, але й значне покращення повсякденного життя та формування ще сприятливіших умов до інтеграції в суспільство.

- застосування засобів фізичної реабілітації дозволяє поліпшити рухові функції хворих дітей, адаптувати їх до наявних порушень, максимально зберегти соціальну та побутову активність.

Заплановано подальше вивчення, аналіз і систематизація науково-методичних джерел літератури в області фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем, а також вдосконалення розробленої програми фізичної реабілітації і аналіз її ефективності за допомогою об'єктивних інструментальних методів.

Література:

1. Детские церебральные параличи: Основы клинической реабилитационной диагностики./ В.И. Козьявкин и др.- Львів, Медицина світу, 1999.- 312 с.
2. Зінов'єв О.О., Зінов'єв К.О. Засоби і методи фізичної реабілітації при захворюваннях дитячим церебральним паралічем у ранньому дитячому віці. Львівський ДІФК.- Ужгород, 1999.- 96 с.
3. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП.- СПб.: ЭЛБН – СПб., 2003.- 111 с.
4. Козьявкин В.И. и др. Детские церебральные параличи: Медико-психологические проблемы./ В.И. Козьявкин, Л.Ф. Шестопалова, Л.Ф. Подкорытов.- Львів. Укр. технології, 1999.- 143 с.
5. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст.- М.: Просвещение, 1991.- 160 с.
6. Механізми рухових порушень при ДЦП та їх корекція за допомогою нервової ембріональної тканини / Цимбалюк В.І., Васильєва І.Т., Пічкур Л.Д. та ін.// Бюл. УАН.- 1998 № 6.- Матеріали II з'їзду нейрохірургів України (Одеса, 14-18 вересня 1998 року).-с.4
7. Перхурова Н.С. и др. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции (Н.С. Перхурова, В.М. Лузиневич, Е.Г. Сологубов).- М.: Издательство Книжная Палата, 1996.- 248 с.

Надійшла до редакції 20.04.2007р.

ЗДОРОВИЙ, СПОРТИВНИЙ СТИЛЬ ЖИТТЯ ЯК УМОВА ПОДАЛЬШОЇ ЕВОЛЮЦІЇ ЛЮДИНИ

Компанієць Ю.А.

Луганський державний університет
внутрішніх справ

Анотація. В статті з позицій синергетики розглянуто можливість використання здорового, спортивного стилю життя в якості об'єктивного аттрактора самоорганізації системи фізичної культури та спорту. Проголошуючи головним завданням діяльності в сфері фізичної культури та спорту формування в суспільстві позитивного ставлення до здорового, „спортивного стилю жит-

тя” ми створюємо не що інше як умови для подальшого еволюційного процесу людства.

Ключові слова: стратегія розвитку, фізична культура, синергетика, здоровий спосіб життя.

Аннотация. Компаниец Ю.А. Здоровый, спортивный стиль жизни как условие дальнейшей эволюции человека. В статье с позиций синергетики рассмотрена возможность использования здорового, спортивного образа жизни в качестве объективного аттрактора самоорганизации системы физической культуры и спорта. Провозглашая главной задачей деятельности в сфере физической культуры и спорта формирование в обществе положительного отношения к здоровому, „спортивному стилю жизни” мы создаем не что иное, как условия для дальнейшего эволюционного процесса человечества.

Ключевые слова: стратегия развития, физическая культура, синергетика, здоровый образ жизни.

Annotation. Kompaniets Yu.A. Healthy, sports style of a life as a condition of the further evolution of the person. The article is devoted to the possibility problem of healthy und sports way of life use in the capacity of objective reflection of the self-organisation system of physical culture from the point of view of synergetic. Proclaiming the main task of activity in sphere of physical training and sports formation in a society of the positive attitude to healthy, to “sports style of a life” we create not that other, as conditions for the further evolutionary process of mankind.

Key words: methodology, theory of physical culture, sunergetic.

Вступ.

Впровадження у середині ХХ сторіччя у практику досягнень науково-технічної революції без урахування їх впливу на буття живого світу в цілому і людини зокрема призвело до катастрофічних наслідків. На сьогодні значна кількість вчених констатує факт того, що людство у своїх стосунках з природою через фазу кризи прямує до *катастрофи*. Відхилення від динамічної рівноваги системи “природа – людина”, що склалася в процесі еволюції, не тільки виходять за межі резервних можливостей людини, але і спричиняють повне її руйнування, що може в подальшому привести до загибелі людства. У зв'язку з цим учені і філософи заговорили про необхідність формування нової світоглядної парадигми, яка максимально враховує досягнення біологічних наук.[3]. Зміна поглядів на традиційну культуру неминуче повинна була позначитися на всій тотальності буття людини і суспільства в природі, змінити корінним чином реалії їх взаємодії. Як продовження ідеї В.І.Вернадського про ноосферу взаємодія суспільства з природою почала розглядатися як коеволюція (взаєморозвиток), а ідея благоговіння перед життям – як нова етика. Відповідно до її принципів потрібна гуманізація всіх людських відносин, включаючи як безпосередні відносини між людьми, так і опосередковані ними відношення людини до живої природи. Саме тому проблема формування нової етики ставлення до життя, пошук системоутворюючих факторів формування культури здоров'я особистості, гармонії тілесного і духовного набуває особливої актуальності, як невід'ємна умова подальшої еволюції людства.

Шлях до гуманізації і гармонізації всіх сфер