

ТЕХНОЛОГІЯ ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВИХ ТА ПОБУТОВИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Клімцов Андрій

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Анотація. Стаття присвячена проблемі відновлення рухових функцій дітей з церебральним паралічем після хірургічного лікування з застосуванням засобів фізичної реабілітації. Отримані дані підтверджують, що у процесі занять фізичними вправами значно покращується стан рухових та побутових функцій хворих дітей. При складанні та використанні індивідуальних реабілітаційних програм особливу увагу варто акцентувати на послідовності дій з урахуванням принципів фізичної реабілітації. Це дозволяє розробляти програми і ставити конкретні додаткові задачі по корекції відстаючих показників.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, фізична реабілітація, реабілітаційна програма.

Аннотация. Климцов Андрей. **Технология восстановления двигательных и бытовых навыков у детей больных на церебральный паралич после хирургического лечения.** Статья посвящена проблеме восстановления двигательных функций детей с церебральным параличом после хирургического лечения с применением средств физической реабилитации. Полученные данные подтверждают, что в процессе занятий физическими упражнениями значительно улучшается состояние двигательных и бытовых функций больных детей. При составлении и использовании индивидуальных реабилитационных программ особое внимание следует акцентировать на последовательности действий с учетом принципов физической реабилитации. Это позволяет разрабатывать и ставить конкретные дополнительные задачи по коррекции отстающих показателей.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, физическая реабилитация, реабилитационная программа.

Annotation: Klimtsov Andriy. **Technology rehabilitation locomotors and domestic activity of children with a cerebral palsy after surgical treatment.** This article is devoted to the problem of physical rehabilitation of children with a cerebral palsy after surgical treatment. The result of our work to take a positive effect on motorial and domestic function of child with a cerebral palsy. We proposed principles of compose and use of physical rehabilitation individual program for with a cerebral palsy that can be used. It has allowed to develop individual programs and to put riders on correction of losing parameters.

Key words: cerebral palsy, physical rehabilitation, rehabilitation programs.

Вступ.

Незважаючи на великий прогрес теоретичної й практичної медицини дитячий церебральний параліч залишається важкою і невиліковною недугою стійкої і залишкові явища якого є причиною інвалідності хворих дітей. На жаль і досі спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих на ДЦП і зараз за даними ВООЗ складає вже більше 17 мільйонів чоловік. На даний час це одне з найтяжчих неврологічних захворювань, багатогранність синдромів і рухових порушень якого ускладнюють життя та побут хворих. Власне кажучи, ураження саме рухової сфери є визначною причиною дискомфорту як повсякденні так і в соціальній сфері. Адже, як підтверджують дані літературних джерел та власні спостереження функціональні та структурні зміни в опорно-руховому апараті з однієї сторони виступають як найбільш нагнітаючі та негативні фактори, з іншої ж, саме вони є найбільш сприятливими і перспективними в плані відновного лікування та фізичної реабілітації.

Основними синдромами ДЦП є різні форми рухових розладів (геміплегії, диплегії, параплегії), порушення статики і ходи, обмеження об'єму активних рухів, підвищення тону м'язів паралізованих кінцівок, порушення м'язової рівноваги, підвищення сухожильних і наявність патологічних рефлексів, поява рефлекторних, а потім стійких контрактур [1].

Аналіз літературних джерел, присвячених методам лікування ДЦП, показує, що у всьому світі існує велика кількість різних підходів і способів, які мають альтернативний і полярний характер [2,5,10]; Багато авторів вважають, що при розробці нових технологій в реабілітації ДЦП необхідно враховувати час ураження головного мозку, вік дитини, наявність інших симптомів [3,8].

Підкреслюється, що лікування необхідно починати як можна раніше, в період формування рухових функцій, воно повинно бути комплексним, поетапним [4].

Завданням хірургії дитячого церебрального паралічу є максимально можливе покращення патологічної вихідної пози і зменшення рівня спастичності м'язів. Перше і друге можна покращити одномоментно якщо у складному комплексі патологічної біомеханіки стояння і ходи виділити синдром рухових порушень, визначити провідну деформацію і зробити її об'єктом хірургічного втручання. Визначити провідну деформацію дозволяють клінічні спостереження за особливостями стояння і ходи хворого, оцінка можливостей корекції пози і, нарешті, ряд діагностичних прийомів, які дозволяють з'ясувати причетність тих чи інших м'язів до формування патологічної пози [2,10].

Не викликає сумнівів теза про те, що рухові порушення є одним з найбільш важливих у пристосуванні його до навколишнього середовища. У довершення рухів відбувається по мірі росту дитини, дозрівання сенсомоторних систем і ускладнення зв'язків із зовнішнім світом [2,4].

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.

На даний час існує велика кількість різних методик лікування та відновлення здоров'я дітей, вражених церебральним паралічем. В нашій роботі ми спробуємо проаналізувати основні форми, методи та засоби фізичної реабілітації для дітей хворих на церебральний параліч після хірургічного лікування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу планується виконати згідно зі зведеним планом 2.2.8. НДР НУФВСУ на 2005-2009 рр.

Формування цілей роботи

Мета дослідження – визначити пріоритетні напрямки щодо фізичної реабілітації, представити найбільш ефективні засоби лікувальної фізичної культури та скласти фізіологічно обґрунтовану програму фізичної реабілітації дітей, хворих на церебральний параліч після хірургічного втручання

Методи та організація дослідження – аналіз спеціальної науково-методичної літератури.

Результати та їх обговорення

На думку багатьох спеціалістів найбільш фізіологічна методика тренування рухових навиків В. Bobath (1959, 1964, 1983). Вона ґрунтується на сучасних патофізіологічних концепціях рухових порушень [4,9]. Г. Н. Шанько, (1994). С.А. Норпина з співавт. (1994) відмічають, що навіть при ідеально розвинутій спеціалізованій стаціонарній допомозі терапія не може бути ефективною без продовження лікувальних заходів в домашніх і амбулаторних умовах.

Значний внесок в розробку нових способів реабілітації та методів лікування зроблений К.О. Семеновою [8]. Вона розробила комплексний підхід, який передбачає одночасний вплив на різні функціональні рівні головного мозку. Комплекс лікувальних заходів спрямований на одночасний вплив та тренування рухових, психічних, мовних функцій та соціальну адаптацію.

Серед методів широко відомих у всьому світі необхідно відмітити наступні: метод кондуктивної педагогіки, запропонований Петью, базується на мобілізації невикористаних функціональних резервів мозку. При цьому необхідними умовами для такої мобілізації є: проблеми, які змушують включати дитину в співробітництво, розвиток самостійності у дитини.

Вацлав Войта запропонував метод рефлекс-локомоцій для лікування дітей з церебральними паралічами та інших моторних розладів. Суть методу полягає у стимуляції спеціальних біологічно активних точок. Лікування проводиться вдома, діти знаходяться у своїх звичних умовах. Протягом дня батьки проводять три сеанси тривалістю по 15-20 хв. Лікар навчає батьків методиці та контролює правильність та точність її виконання. Такий метод найбільш ефективний в грудному віці і його застосування триває на протязі декількох років [11].

У процесі лікування хворих в початковій хронічно-резидуальній стадії захворювання основна увага приділяється розвитку реакцій випрямлення і рівноваги, забезпечуючи у цьому у цьому віці розвиток статичної і локомоцій. Важливе значення мають ортопедичні і хірургічні заходи, фізіотерапія, лікування положенням, направлене на корекцію вираженої сенсомоторної недостатності. Порушення афферентації є причиною того, що у хворих не розвивається відчуття пози і схеми тіла, з'являються передумови для виникнення порочних поз, контрактур і деформацій. Застосування спеціального масажу, ЛФК, ортопедичної і хірургічної корекції детально вивчалися у роботах українських і зарубіжних авторів [3, 7,9].

Сучасний етап розвитку медицини, зокрема нейрохірургії, а також фізичної реабілітації характеризується напрямом, який передбачає поруч із становленням соматичного здоров'я і відновлення особистого і соціального статусу хворого. Одним із напрямків реабілітації є – соціально-психологічний підхід до кожної хворої дитини, що передбачає якомога повне збереження особистісних характеристик. Основною задачею реабілітації є боротьба за людину, а не проти хвороби. При розробці методів відновного лікування і соціальної адаптації дітей і підлітків необхідно враховувати процес безперервного інтенсивного розвитку, дозрівання психіки дитини, і його особистість, на які впливають як біологічні (конституція тип психічної діяльності, віковий рівень зрілості коркових процесів, резидуальна органічна патологія) так і соціальні (виховання, навчання і мікро соціально-психологічні умови) фактори.

Важливе місце у реабілітації хворих з ДЦП займає санаторно-курортне лікування. Основу лікувальних заходів в комплексі санаторно-курортного лікування складає ЛФК, масаж, грязелікування, бальнео-аеро-геліотерапії.

Очевидно, що для початку проведення реабілітаційних процедур необхідно дотриматися такого алгоритму дії: первинне реабілітаційне обстеження, що проводиться для виявлення порушень рухової та психо-соціальної сфери, а також

формує уявлення про реабілітаційний потенціал пацієнта; складання програми фізичної реабілітації, з обов'язковим урахуванням методичних принципів її побудови реалізація програми до дії, з застосуванням загальних та спеціальних засобів реабілітації.

Одним із варіантів реабілітаційного обстеження дитини, що страждає на церебральний параліч може бути наступна схема [5]:

1. *Поза у положенні лежачи (вимушена або вільна; можливість збереження наданої при корекції пози (так, ні) і тривалість у секундах або хвилинах; можливість самостійно змінити позу за завданням (так, ні), явища, які при цьому виникають – співдружні рухи, гіперкінези;*

2. *Стан тонусу м'язів при пасивних рухах (тонус різко підвищений – пасивні рухи виконуються з великим зусиллям; підвищення тонусу переборюється з невеликим зусиллям; пасивні рухи вдаються без зусилля).*

3. *Довільні рухи в положенні лежачи, сидючи або стоячи (дитина розуміє завдання, намагається, але не може виконати рухи; хворий виконує рухи з великим зусиллям всього тіла; рух виконується не в повному обсязі, уповільнено; рух виконується майже в повному обсязі.*

4. *Постава у положенні сидючи (з опущеними ногами (сидить із підтримкою або без не; положення голови: опущена насильно повернута, закинута; тривалість утримання голови при спробі говорити; тривалість утримання голови при рухах рукою; положення тулуба: відхилення; можливість збереження правильної постави).*

5. *Стояння та хода (стоїть з підтримкою; постава при стоянні; тривалість збереження вертикального положення; ходить із підтримкою; наявність або відсутність крокових рухів; характер ходи).*

6. *Рухи пов'язані з самообслуговуванням (захоплення й утримання предметів; положення передпліччя – пронація і супінація; їсть сам (так, ні), з трудом, вільно; одягається сам: ні, з трудом, вільно).*

Також для більш детального аналізу побутової сфери можна скористатися методикою Є.Б. Сологубова(2004).

Наступним надважливим етапом є складання програми відновного лікування. На всіх етапах реабілітаційної програми передбачається звертання до особистості хворого, сполучення біологічних і психосоціальних форм лікувального відновного впливу, а також необхідно враховувати весь комплекс морфологічних, фізіологічних та психологічних змін організму) і керуватися правилами, які передбачають

- партнерство лікаря, реабілітолога і пацієнта,
- визначення реабілітаційного потенціалу хворого, особливо його рухових можливостей,
- різнобічність впливів, тобто врахування усіх сторін реабілітації для кожного хворого,
- комплексність лікувально-відновних заходів,
- ступінчастість (перехідність) проведених впливів (поетапне призначення відновних заходів з урахуванням динаміки функціонального стану хворого).

Перед початком складання програми варто встановити ступінь фізичної підготовленості хворого на підставі анамнезу, обстежень і оцінки фізичного стану, сформулювати задачі фізичної реабілітації, обґрунтувати вибір засобів і форм занять. Вміти пояснити їх вплив на організм і скласти комплекс лікувальної гімнастики.

Також необхідно визначити більш вигідне вихідне положення для виконання фізичних вправ, кількість процедур дозування й інтенсивність занять.

Фізичні вправи, що мають бути використані, повинні бути спрямованими на відновлення порушених функцій, зменшення м'язової спастичності, покращення координації рухів. Особливістю кожної методики є послідовна зміна станів розслаблення, напруження та розтягування, акцент уваги на можливих помилках, розширення діапазону складності.

На будь-якому етапі реабілітації, враховуючи стан хворого, особливості захворювання, індивідуальні реакції на фізичне навантаження, варто визначати дозу спеціальних вправ. Загальна інтенсивність фізичного тренування залежить від індивідуальної толерантності хворого до фізичного навантаження.

Дослідження в цій області ряду спеціалістів показують, що заняття спеціальними фізичними вправами і коригуючою гімнастикою забезпечують функціональну адаптацію організму дітей.

Підбір вправ, їх дозування треба здійснювати з урахуванням стану хворого, характеристики та обсягу рухових порушень, стадії та ступеня важкості захворювання.

Різні види фізичних вправ у лікувальній гімнастиці підбираються таким чином, щоб вони надали загальноукріплюючий і спеціальний лікувальний вплив.

Висновки.

Отже отримані дані свідчать:

- реабілітація дітей хворих на церебральний параліч складний і довготривалий процес, який передбачає не тільки відновлення повноцінної динаміки рухів, але й значне покращення повсякденного життя та створення комфортних умов для безболісного інтегрування до життя суспільства
- застосування засобів фізичної реабілітації дозволяє покращити рухові функції хворих дітей, адаптувати їх до наявних порушень, максимально зберегти соціальну та побутову активність.

Напрямок подальших досліджень. Ми й надалі продовжимо вивчення, аналіз і систематизацію науково-методичних джерел літератури в області фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем, а також зробимо об'єктивне, інструментальне підтвердження ефективності програми занять фізичними вправами.

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. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: Навч. посібник.- К.: Олімпійська література, 2006.- 196 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. Лузинович, Е.Г. Сологубов).- М.: Издательство Книжная Палата, 1996.- 248 с.
8. Семенова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича.- М.: Антидор, 1999 – 384 с.
9. Сологубов Е.Г. и др. Лечебная физкультура в восстановительном лечении больных детским церебральным параличом после хирургической коррекции эквинусной деформации стоп // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации: Научно-практ. ж-л.- 2003.-№2.- с. 24-26.
10. Стандарт медицинской помощи больным детским церебральным параличом // Врач.- 2005.-№5. с. 55-56.
11. Цымбалюк В.И. и др. Принципы хирургического лечения детского церебрального паралича / В.И. Цымбалюк, А.А. Данилов. В.Ю. Мартынык // Актуальные вопросы лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы, респираторных аллергозов у детей: Материалы юбилейной конф., посв.- 75 – летию санатория, (6-8 дек. 1995 г.- г. Евпатория, Украина), Евпатория.- 1995.- с. 83-84.
12. Vojta V. Die cerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Frühdiagnose und frühtherapie. Stuttgart: Verlag, 1980, 250 с.

Надійшла до редакції 29.04.2008р.