

Євтушок О. С., ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури та спорту; науковий керівник – к.біол.н., доцент Поташнюк І. М. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

КОРЕКЦІЯ СКОЛОПОТИЧНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ У ДІТЕЙ З ДЦП ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

***Анотація.** В статті розкрито корекційно-реабілітаційні умови застосування засобів фізичної реабілітації при ДЦП. Наведено прояви, форми ДЦП та причини його виникнення. Визначено, що рання і систематична корекція у комплексі з реабілітаційними заходами дає змогу попереджувати та компенсувати ускладнення, виявляти компенсаторні можливості організму. Доведено ефективність використання засобів фізичної реабілітації для корекції порушень постави у дітей з ДЦП.*

***Ключові слова:** дитячий церебральний параліч, порушення постави, фізична реабілітація.*

***Abstract.** The article deals with the correction and rehabilitation conditions of the physical rehabilitation use in cerebral palsy, The manifestations, forms of cerebral palsy, causes of its occurrence are shown. It is determined that early and systematic correction in combination with rehabilitation measures makes it possible to prevent and compensate complications, identify compensatory opportunities. The effectiveness of the use of physical rehabilitation to correct postural disorders in children with cerebral palsy has been proved.*

***Key words:** pediatric cerebral palsy, postural disorders, physical rehabilitation.*

Серед захворювань опорно-рухового апарату одне з перших місць, за частотою та складністю патологічних змін займають різні види порушення постави. У свою чергу, питання виправлення постави представляє одну з найбільш актуальних проблем дитячого здоров'я, оскільки, постава розглядається не тільки як один з факторів, що характеризують певне положення тіла людини в просторі, але і як найбільш істотний показник формування стану здоров'я людини [1; 2].

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є збірним терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Церебральний параліч спричиняється порушенням розвитку мозку або однієї чи декількох його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність (рухи). Перші прояви ураження нервової системи можуть бути очевидними вже після народження, а ознаки формування

ДЦП можуть виявлятися ще в грудному віці. Діти з ДЦП переважно відстають у своєму моторному розвитку і пізніше досягають таких ланок моторного розвитку, як перевертання, сидіння, повзання та хода. Спільним для всіх пацієнтів з церебральним паралічем є труднощі контролю над свідомими рухами та координування роботи м'язів. Через це навіть простий рух для цих дітей є складним для виконання [2].

За даними дослідників багато осіб з ДЦП мають рівень інтелекту нормальний або вищий за середній. Всі діти з церебральним паралічем, незалежно від рівня інтелектуального розвитку здатні суттєво розвивати свої можливості при відповідному лікуванні, фізичній реабілітації та логопедичній корекції [3].

Проблема органічних ушкоджень нервової системи у дітей, в тому числі, дитячих церебральних, є однією з актуальних в дитячій неврології і реабілітації. Кількість дітей з ДЦП збільшується у всьому світі. Можливо це обумовлено тим, що зараз виживає значно більше недоношених дітей. В наш час на 1000 населення нараховується 2–3 дітей з ДЦП. При цьому, ДЦП однаково часто спостерігається в осіб, як жіночої так і чоловічої статі та різних етнічних та соціо-економічних групах [1; 4].

Метою лікування і реабілітації дітей з ДЦП є зменшення ступеня їхньої інвалідності, збільшення можливості самообслуговування та максимальне пристосування до щоденного життя, адже хворий на ДЦП «не тільки не може діяти, але він ніколи не знав, як діяти» [5; 6].

Серед соматично здорових дітей, за даними різних дослідників [6; 7], порушення постави зустрічаються в 11–38 % випадків. Що стосується дітей з патологією центральної нервової системи, зокрема з ДЦП, то цей відсоток суттєво зростає. Однак, досліджень цього питання вітчизняними науковцями проводилося недостатньо.

Аналіз останніх публікацій відомих науковців та лікарів, що займалися досліджуваною темою, свідчить, що їй приділяли увагу: Г. І. Белова, [3], Н. Г. Гойза [6], О. А. Мерзлікіна [7], О. М. Мятага [2], Н. В. Мольская [4], К. А. Семенова, Т. Г. Шамарин [3] А. Е. Штеренгерц [5], проте ця тема залишається актуальною та потребує подальших досліджень.

ДЦП спричиняється ушкодженням певних зон мозку, що розвивається. Це пошкодження може відбуватися на ранніх стадіях вагітності, коли мозок тільки починає формуватися; в процесі пологів, коли дитина проходить через родові шляхи, або після народження в перші роки життя. Вважається, що близько 70–80 % випадків ДЦП починається ще до народження (пренатально), менш ніж 10 % – спричинені факторами, що виникли під час пологів (перинатально). Інколи захворювання починається після народження (постнатально). Водночас багато випадків ДЦП є результатом поєднання пренатальних, перинатальних та постнатальних факторів [1; 4; 7].

Фактори ризику ДЦП включають: інфекційні захворювання, судомні стани, патологію щитоподібної залози, шкідливі звички та інші медичні проблеми матері; вроджені дефекти, особливо вади головного та спинного мозку, голови, обличчя, легенів та порушення обміну речовин, несумісність резусу фактору та групи крові матері та плоду, яка може спричинити пошкодження мозку у плода (на щастя, зараз цей стан майже завжди вчасно діагностується і лікується у жінок, які отримують належну дородову медичну допомогу); певні спадкові та генетичні фактори; ускладнення під час пологів, передчасні пологи, низька маса при народженні (особливо при масі тіла дитини менше кілограма при народженні), вроджена жовтяниця після народження, множинні плоди (двійня, трійня), недостатність постачання кисню (гіпоксія мозку в період вагітності) під час або після народження дитини; пошкодження мозку в ранньому віці (наприклад менінгіт), травма мозку, гіпоксія або мозкова гематома.

Виділяють такі форми церебральних паралічів [4; 5]:

1. Спастичні форми, що проявляються підвищенням м'язового тону. В залежності від того, яка частина тіла є ураженою, спастичні форми ДЦП поділяються на: диплегію (обидві ноги), геміплегію (одна сторона тіла) або тетраплегію (все тіло). Спастичні форми є найпоширенішими і на них припадає близько 70–80 % випадків;

2. Дискінетична форма, яка проявляється порушенням координації рухів. Виділяють два основних її підтипи:

а) атетоїдну (гіперкінетичну) форму, що характеризується повільними або швидкими неконтрольованими рухами. Приблизно 10–12 % випадків ДЦП відносяться до цього типу;

б) атактичну форму, що характеризується порушенням рівноваги та координації. Така форма складає 5–10 % випадків ДЦП;

3. Змішані форми, які поєднують спастичні форми з атактоїдними або атактичними.

Метою нашої статті є дослідження ефективності впливу засобів лікувальної фізичної культури та масажу на корекцію порушень постави в комплексній реабілітації дітей з ДЦП, що мають дефекти постави.

В роботі використано комплекс методів, а саме: теоретичні (аналіз та узагальнення науково-методичної літератури з досліджуваної проблеми); емпіричні (спостереження, реабілітаційний експеримент); методи фізичної реабілітації (ЛФК, лікувальний масаж); математичної статистики.

Дослідження проводились на базі санаторію неврологічної спеціалізації для дітей з батьками «Дачний».

Основний контингент, що отримує лікувально-реабілітаційні послуги у цьому санаторії, складають діти з патологією центральної нервової системи, а саме: з різними формами ДЦП, а також наслідками черепно-мозкових травм, вроджених та набутих захворювань головного та спинного мозку

тощо. У значній кількості з них зустрічаються, як супутня патологія, різні види дефектів постави та сколіоз.

Одночасно в санаторії оздоровлюються 100 дітей і підлітків віком від 2 до 18 років. Курс відновного лікування триває 2 тижні (10 лікувальних днів). Повторний курс відновного лікування в санаторії діти отримують через 3 місяці. Основними засобами, що використовуються для оздоровлення дітей, є засоби фізичної реабілітації, а саме: фізіотерапевтичні процедури (в тому числі електро- та теплотікування), масаж, гідромасаж, лікувальна фізична культура, іпотерапія та інші.

Обстеження, діагностика, а також відбір дітей для участі в експерименті та призначення їм курсу відновного лікування проводилося спеціалістом з фізичної реабілітації, лікарем-хірургом та лікарями-невропатологами санаторію. Заняття ЛФК з дітьми, які приймали участь в дослідженні, проводили спеціаліст з фізичної реабілітації та інструктори ЛФК в залах лікувальної фізкультури, а лікувальний масаж виконувався масажистами санаторію.

Для проведення дослідження було створено експериментальну групу (ЕГ) з 23 дітей з виявленими дефектами постави, що підтверджувалося лікарським висновком. Окрім програми реабілітації їм рекомендувалися спеціальні комплекси фізичної реабілітації, до яких входили: фізичні вправи з дозуванням в залежності від виду дефекту постави, віку та фізичного стану, а також курси спеціального лікувального масажу. 29 дітей ввійшли в контрольну групу (КГ), заняття з ними проводилися згідно програми реабілітації основної неврологічної патології. До цієї групи були віднесені діти з наявністю протипоказань до застосування лікувальної фізичної культури та/або масажу.

Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, лікувальна фізична культура та лікувальний масаж основної неврологічної патології, що призначалися лікарями дитині з приводу ДЦП, були загальними для КГ і ЕГ і спеціальному дослідженню не піддавалися.

План занять лікувальною фізичною культурою для кожного хворого складався індивідуально, в залежності від клінічної картини, віку, загального стану та основної неврологічної патології.

Заняття лікувальною фізичною культурою проводилися щоденно, груповим методом по 45 хв. в залах ЛФК санаторію під керівництвом інструкторів з ЛФК згідно вказівок та рекомендацій спеціаліста з фізичної реабілітації. В період між курсами відновного лікування, коли діти перебували вдома, заняття з ними виконувалися самостійно під контролем батьків, які були навчені спеціалістами санаторію методиці та правилам проведення занять. Особливості методики занять: комплекс основних вправ при дефектах постави повторювався щоденно, темп виконання вправ повинен був бути повільним, рекомендувалася затримка рухів в крайньому положенні, після лікувальної гімнастики призначався відпочинок лежачи в певному положенні

(в залежності від виду дефекту постави) впродовж 15–2 Охв. Лікувальний масаж дітям призначався лікарем і виконувався масажистами санаторію. Вид масажу залежав від виду порушення постави.

При проведенні обстеження дітей на початку дослідження було виявлено, що у дітей ЕГ та КГ виявляються різні види дефектів постави: кіфотична, кіфолордотична і сутула спина, асиметрична та лордотична постави. Після закінчення дослідження було повторно проведено обстеження дітей досліджуваних груп лікарями санаторію для визначення ефективності комплексного застосування засобів фізичної реабілітації (табл.1).

Таблиця 1

Порівняння результатів дослідження

Назва групи	Кількість дітей з порушенням постави				Кількість дітей з нормальною поставою	
	До експерименту		Після експерименту			
	Абс. к-сть	%	Абс. к-сть	%	Абс. к-сть	%
ЕГ	23	100	18	78,3	5	21,7
КГ	29	100	28	96,6	1	3,4

В експериментальній групі після проведення комплексу реабілітаційних заходів відбулася нормалізація постави у 5 дітей (21,7 %). В контрольній групі нормалізація постави була виявлена в одній дитині (3,4 %).

Отже, в ЕГ одержано кращі результати впливу засобів фізичної реабілітації на корекцію порушень постави у дітей із ДЦП, ніж у КГ.

Застосування спеціальних комплексів ЛФК та лікувального масажу для корекції дефектів постави у дітей з ДЦП у вигляді нижнього парапарезу є ефективним і повинно використовуватися в практиці спеціалістів-реабілітологів. Невеликий відсоток ефективності не повинен вводити в оману, адже необхідно прийняти до уваги, що це діти з дуже важкою для реабілітації неврологічною патологією, і компенсація порушення постави у них є тільки малою часткою від об'єму необхідних компенсацій. Також треба враховувати відносно невеликий проміжок часу, впродовж якого проводилося дослідження, адже для отримання хоча б невеликого ефекту від застосування засобів фізичної реабілітації у таких дітей необхідний тривалий час занять.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна зробити висновок, що обстеження дітей, які отримують відновне лікування засвідчило, що серед дітей з ДЦП у 66,7 % випадків виявляються різні види порушень постави. Ефективність застосування спеціальних комплексів ЛФК в поєднанні з повторними курсами лікувального масажу для корекції порушень постави на фоні застосування загально-реабілітаційного комплексу заходів у зв'язку з наявністю основної неврологічної патології (ДЦП) у формі

нижнього парапарезу) в експериментальній групі становила 21,7 %, натомість у контрольній групі – 3,4 %.

Отже, застосування засобів фізичної реабілітації для корекції порушень постави у дітей з ДЦП є ефективним і повинно використовуватися в практиці роботи спеціалістів-реабілітологів, що працюють з такими дітьми в спеціалізованих санаторно-курортних закладах, реабілітаційних центрах, навчально-реабілітаційних комплексах, дитячих лікарнях, спеціалізованих дитячих садочках тощо.

1. Лечебная физическая культура при заболеваниях в детском возрасте. М.: Медицина, 2013. 399 с. **2.** Мятага О. М. Фізична реабілітація при порушеннях постави, сколіозах та плоскостопості. Харків, 2008. 36 с. **3.** Белова Г. И., Семенова К. А., Шамарин Т. Г. Восстановительное лечение детей, больных церебральным параличом в условиях санатория. К.: Здоровье, 2014. 104 с. **4.** Мольская Н. В. Санаторно-курортное лечение заболеваний нервной системы у детей. К.: Здоровье, 2011. 216 с. **5.** Штеренгерц А. Е. Лечебная физкультура и массаж при заболеваниях и травмах нервной системы у детей. К.: Здоровье, 2016. 192 с. **6.** Гойза Н. Г. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Л.: Медицина, 2014. 205 с. **7.** Мерзлікіна О. А. Методичні рекомендації з корекції рухових функцій дітей – інвалідів із наслідками церебральногo паралічу. Львів: ЛКА, 2002. 58 с.