

УДК 616.718.89:616.831-009.11-031.4

Зацаринна К.О.¹, Бугаєнко Т.В.²

¹студентка, СумДПУ імені А.С.Макаренка

²канд.пед.наук., доцент, СумДПУ імені А.С.Макаренка

АКТУАЛЬНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ВАЛЬГУСНІЙ ДЕФОРМАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є патологією, що виникає внаслідок ушкодження головного мозку на ранніх етапах онтогенезу і нездатністю, що проявляється при виконанні довільних рухів і збереженні нормальної пози [1]. Незважаючи на активні дослідження, зроблені останніми роками в галузі неонатології, частота виникнення ДЦП залишається високою, досягаючи 0,1-0,2% у доношених немовлят і 1% у недоношених.

Причини розвитку ДЦП різноманітні. До першої групи причин відносять інфекційні захворювання матері під час вагітності (краснуха, цитомегалія, токсоплазмоз, грип та ін.), ендокринні порушення та серцево-судинні, токсикози вагітності, імунологічну несумісність крові матері та плода, перенесені під час вагітності фізичні та психічні травми, внутрішньоутробну травму, асфіксію. До другої групи причин відносять церебральні паралічі внаслідок енцефаліту, менінгіту, менінгоенцефаліту, черепно-мозкових травм [5].

Вплив шкідливих факторів на мозок у внутрішньоутробний період розвитку, під час пологів і після народження викликає різноманітні зміни в оболонках та речовині мозку, які надалі порушують їх нормальний розвиток.

В Україні прийнято використовувати класифікацію К.А. Семенової (1978), яка виділяє такі форми рухових порушень при ДЦП: спастичну диплегію, подвійну геміплегію, геміплегію гіперкінетичну та атонічно-астатичну. У МКХ-10 розглядається сім видів ДЦП: спастичний церебральний параліч (подвійна геміплегія, тетраплегія), спастична диплегія (синдром/хвороба Літгля), дитяча геміплегія (геміплегічна форма), дискінетичний церебральний параліч (дистонічний, гіперкінетичний), атаксичний церебральний параліч (атонічно-астатична форма), інший вид ДЦП (змішані форми), ДЦП неуточнений.

При спастичній диплегії, подвійній геміплегії дитина стоїть із зігнутими в кульшовому, колінному та гомілковостопному суглобах кінцівками. Еквіновальгусне положення стоп призводить до зміни положення тіла та голови дитини – вони нахилиються вперед. Якщо тіло залишається прямим, тоді компенсаторно відбувається згинання ніг у кульшовому та колінному суглобах – це знижує центр тяжкості та

умови рівноваги покращуються. Таким чином, зміна положення однієї частини тіла призводить до зміни положення іншої [2].

Ослаблення м'язів поздовжнього та поперечного склепінь стоп викликає поздовжню та поперечну плоскостопість, плоско-вальгусну деформацію стоп. У цьому опора на передню частину стопи значно порушує стійкість ходьби – передній поштовх відсутній, задній ослаблений, як наслідок розтягується зв'язковий апарат склепінь стоп. Внаслідок тривалого та вираженого дисбалансу м'язів поступово формуються різні деформації та контрактури, з'являються ортопедичні порушення. Найбільш часті – кіфоз і кіфосколиоз грудного відділу хребта, дисплазія кульшового суглоба, підвивих та вивих стегон еквіновальгусне та плосковальгусне положення стоп та ін.

Аналіз літературних джерел, присвячених проблемам реабілітаційному втручання при вальгусній деформації нижніх кінцівок у дітей з церебральним паралічем, свідчить про обмежене використання методів фізичної терапії таких дітей. Таким чином, методика формування рухових умінь та навичок, формування настановних поз та ходьби, розроблена з урахуванням індивідуальних рухових можливостей та особливостей рефлексорних поз при прийнятті вертикального положення у дітей з церебральним паралічем ускладненим вальгусною деформацією нижніх кінцівок, сприяє значному скороченню термінів реабілітації, що визначає актуальність дослідження цієї теми [4].

Існує кілька методик кінезотерапії спрямованих на: 1) розслаблення спастичних м'язів; 2) тренування ослаблених м'язів; 3) формування реципрокних взаємовідносин м'язів синергістів та антагоністів (розслаблення спастичних м'язів та одночасно тренування ослаблених м'язів).

Реабілітаційне втручання при вальгусній деформації нижніх кінцівок у дітей з церебральним паралічем спрямовані на нормалізацію позотонічних реакцій, починаючи від ослаблення спастичної напруги окремих м'язових груп та закінчуючи налаштуванням складних синергій; боротьбу з патологічними руховими стереотипами (синкінезії, незграбні рухи); зміцнення всієї м'язової системи та збільшення рухливості суглобів; стимуляцію довільних рухів кінцівок; навчання вертикальному положенню та самостійної ходьби. У комплекси спеціальних терапевтичних вправ обов'язково включають вправи для корекції позотонічних реакцій; розслаблення м'язів; формування правильної постави; опороспроможності; формування рівноваги; розвитку просторової орієнтації та точності рухів.

Під час занять з кінезотерапії нормалізуються пози і положення кінцівок, знижується тонус м'язів, зменшуються або долаються насильницькі рухи. Дитина починає відчувати правильно пози та рухи, що є потужним стимулом для розвитку та вдосконалення його рухових функцій та навичок [5].

Особлива увага під час занять з кінезотерапії приділяється тим руховим навичкам, які найбільше необхідні у житті, що забезпечує дитині ходьбу, предметно-практичну діяльність, самообслуговування. У цьому правильність виконання рухів має бути суворо фіксована спеціальними пристроями чи руками фізичного терапевта/реабілітолога, що проводить заняття. Тільки за цих умов кінезотерапія сприятиме розвитку у дитини правильного рухового стереотипу.

При стимулюванні рухових функцій слід обов'язково враховувати вік дитини, рівень інтелектуального розвитку, його інтереси, особливості поведінки. Більшість вправ слід проводити в ігровій формі [1].

Позитивний вплив на розвиток рухових функцій надає використання комплексних аферентних стимулів: зорових (більшість вправ проводиться перед дзеркалом), тактильних (погладжування кінцівок: опора ніг і рук на поверхню, покриту різними видами матерії, ходьба босоніж по піску тощо), температурних (вправи у воді зі зміною її температури, локальне використання льоду), пропріоцептивні (спеціальні вправи з опором, чергування вправ з відкритими та закритими очима).

На всіх заняттях у дитини формуються здатність сприймати пози та напрямки рухів, корисно проводити їх під музику. Особливо важливе значення має чітка мовленнєва інструкція, яка нормалізує психічну діяльність дитини, розвиває цілеспрямованість, покращує розуміння та збагачує мову. Таким шляхом у дитини формуються різні зв'язки з руховим аналізатором, що є сильним фактором всього психічного розвитку [5].

Список використаних джерел

1. Альошина А.І. Сучасні методи фізичної реабілітації дітей хворих на ДЦП. *Молодіж. наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Л. Українки. Фізичне виховання і спорт*. 2018. №28. С. 76-81.
2. Буховець Б.О. Програма фізичної реабілітації дітей з ДЦП з використанням Бобат-терапії. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2018. №6 (100). С. 8-17.
3. Кашуба В., Чухловіна В. Сучасні погляди на корекцію рухових порушень у дітей молодшого шкільного віку зі спастичними формами

церебрального паралічу. *Вісник Прикарпатського університету: фізична культура*. 2017. №25-26). С. 60-68.

4. Козьолкін О. А., Візір І. В., Сікорська М. В. Фізична терапія в реабілітації пацієнтів з захворюваннями нервової системи : навчально-методичний посібник для бакалаврів медицини ІV курсу медичного факультету по спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 177 с.

5. Кущенко О.О. Вплив ерготерапії на рівень самообслуговування дітей з церебральним паралічем. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2018. №3 (65).С. 35-41.