

СЕКЦІЯ «ФІЗИЧНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»

УДК 615.825

Канюка Є.В.¹, Бакурідзе-Маніна В.Б.², Зєленіна О.О.³

¹ канд. мед. наук, асистент Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро

² канд. наук з фіз. вих., старш. викл. доц. Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро

³ медичний директор центру, м. Дніпро

ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ НА ПРИКЛАДІ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ

Актуальність. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – група стабільних порушень розвитку моторики і підтримки пози, що ведуть до рухових дефектів, обумовлених непрогресуючим пошкодженням головного мозку у плода або новонародженої дитини. Рухові порушення надають несприятливий вплив на формування психічних, мовних і слухових функцій. В останні десятиліття проблема лікування ДЦП придбала більшої актуальності і соціальну значимість у зв'язку з поширеністю цього захворювання, що приводить до важкої інвалідизації. ДЦП розвивається, за різними даними, в 2-3,6 випадки на 1 тис. живих новонароджених і є основною причиною дитячої неврологічної інвалідності в світі. Важливим питанням стоїть створення для дітей з ДЦП усіх необхідних умов з фізичної, медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Оптимальне надання допомоги пацієнту передбачає мультидисциплінарний підхід команди в яку входять фахівців медичного, педагогічного та соціального профілю.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось у медичному центрі Благодійній організації «Благодійна установа «Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання імені святого праведного Іоанна»» м. Підгороднє, з вересня 2020р. по травень 2021р. Було проаналізовано 97 медичних карт дітей. Середній вік складав 8,3 років. Хлопчаків було 57%, дівчат 43%. Пацієнти були розподілені за класифікацією великих моторних функцій Gross Motor Function Classification System (GMFCS) на п'ять рівнів. І рівень мали 23% дітей; II – 15%; III – 19%; IV – 11%; V – 32%. Формування індивідуальної програми реабілітації дитини, включало: первинний огляд педіатра, фізичного терапевта, ерготерапевта, сенсорного терапевта, логопеда-дефектолога, психолога, фахівця з арт-терапії; постановку короткотривалих та довготривалих цілей; програму втручання кожного фахівця.

Результати. Програма втручання фізичної терапії для дітей з I та II рівнем за GMFCS складалась з виконання активних динамічних вправ: хода

по біговій доріжці зі змінним кутом нахилу, переступання через перешкоди на рівні колінного суглобу, заступання на лавку, бокові випади; гімнастичні вправи для зміцнення м'язового корсету тулуба; вправи для тренування координації рухів та рівноваги. Діти III рівня, навчалися використовувати допоміжні засоби пересування; виконували вправи для зміцнення м'язів спини та нижніх кінцівок; отримували пасивний розтяг для профілактики контрактур суглобів та зменшення м'язового тону. У пацієнтів, що мали IV рівень, основними цілями ФТ були перевороти та самостійне сидіння. До програми фізичної терапії у дітей V рівня застосовували активно-пасивні вправи для шиї, тулуба та кінцівок з метою контролю положення голови. Ерготерапевтичне втручання включало: масаж верхніх кінцівок; гімнастику пальців рук; формування навички відкривання ключом замка; застібання і розстібання ґудзиків та «блискавки» на одязі; зав'язування вузла; малювання в залежності від цілей на курс реабілітації, що формувались сумісно ерготерапевтом та батьками дитини. У кабінеті сенсорної інтеграції проводилась стимуляція вестибулярної, тактильної, зорової, пропріоцептивної, нюхової систем; розвиток зорово-моторної координації, великої і дрібної моторики, розвиток зорової перцепції, стабілізації відчуття рівноваги, перетин середньої лінії тіла. Діти, які мали затримку або порушення мовного розвитку відвідували логопеда-дефектолога.

Висновки. Після курсу відновного лікування у Центрі спостерігалась позитивна динаміка функціонального стану дітей за класифікацією GMFCS I рівня у середньому на 1,3%; II рівня на – 2,4%; III рівня – на 5,7%; IV рівня – на 3,2%; V рівня – на 1,8%.