УДК 615.825
Канюка Є.В.,канд. мед.наук, асистент,
Бакурідзе-Маніна В.Б.,канд. наук з фіз. вих., старший викладач,
Волошко М.С., лікар-інтерн,
Дніпровський державний медичний університет
м. Дніпро, Україна

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Актуальність. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – діагноз, який ставиться в основному на основі клінічних проявів, обумовлених патологією певних структур мозку. Ведучими і основними порушеннями при ДЦП є рухові розлади координації зі зміною м'язового тонусу, наявність патологічних синкинезий і синергій, мимовільних рухів, а також порушень пози. 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.

З літературних джерел відомо, що в промислово розвинених країнах з 1000 новонароджених дітей 1,5 – 5,9 % припадає на дітей з ДЦП, що займає перше місце у світі в структурі захворювань з патологією центральної нервової системи. Актуальність питання лікування і реабілітації дітей з ДЦП не викликає сумніву. Особливо важливо на сучасному етапі, коли оцінка терапії повинна проводитися за допомогою доказових методів. ДЦП – група стабільних порушень розвитку моторики і підтримки пози, що ведуть до рухових дефектів, обумовлених непрогресуючим пошкодженням головного мозку у плода або новонародженої дитини. ДЦП розвивається, за

різними даними, в 2-3,6 випадки на 1000 живих новонароджених і є основною причиною дитячої неврологічної інвалідності в світі. В нашій країні, як і в інших, існує тенденція до зростання захворювання нервової системи та опорно- рухового апарату у дітей, що має не тільки медичну проблему, а й соціально-економічну. Головним питанням соціальної політики України стоїть створення для дітей з обмеженнями в рухах 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, звертають свою увагу на потребах не тільки самого пацієнта, але і членів його сім'ї, які беруть участь в щоденній реабілітації та соціальної адаптації дитини. Будучи дисфункціональним станом, захворювання вимагає безперервної щоденної реабілітації з перших днів життя пацієнта.

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, що є клінічною базою кафедри фізичної реабілітації спортивної медицини та валеології Дніпровського державного медичного університету з вересня 2020 року по квітень 2021р. Було проаналізовано 94 медичні карти дітей, що проходили курс реабілітації в Центрі. Середній вік складав 8,4 років. Хлопчаків було 59%, дівчат 41%. Усі пацієнти були розподілені закласифікацією великих моторних функцій Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Ця система класифікації застосовується для об'єктивної оцінки рівня моторних порушень у дітей з церебральним паралічем, базуючись на їхніх функціональних можливостях, потребі у допоміжних пристроях та можливостях пересування та розподіляються за своїми моторними можливостями на п'ять рівнів. I рівень мали 23% дітей; II – 16%; III – 18%; IV – 9%; V – 34%. Формування інди-

відуальної 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, що мали III рівень, навчалися на процедурах фізичної терапії використовувати допоміжні засоби пересування; виконували вправи для зміцнення м'язів спини та нижніх кінцівок; отримували пасивний розтяг який виконував фізичний терапевт м'язів та суглобів верхніх і нижніх кінцівок для профілактики контрактур суглобів та зменшення м'язового тонусу. У пацієнтів, що мали IV рівень за GMFCS, основними цілями ФТ були перевороти зі спини на живі і навпаки та самостійне сидіння. До програми фізичної терапії у дітей V рівня застосовували активно-пасивні вправи для шиї, тулуба та кінцівок з метою контроля положення голови.Ерготерапевтичне втручання включало: масаж верхніх кінцівок; гімнастику пальців рук; формування навички відкривання ключом замка; застібання і розстібання кнопок та «блискавки» на одязі; зав'язування вузла; малювання: прямі лінії, геометричні фігури; магнітний лабіринт; малювання на магнітній дошці в залежності від цілей на курс реабілітації, що формувались сумісно ерготерапевтом та батьками дитини. У кабінеті сенсорної інтеграції сенсорним терапевтом проводились процедури сенсорно-інтегративної терапії, які включали стимуляцію, вестибулярної, тактильної, зорової, пропріоцептивної, нюхової систем, розвиток зорово-моторної координації, розвиток великої і дрібної мо-

торики, розвиток зорової перцепції, стабілізації відчуття рівноваги, перетин середньої лінії тіла. Діти, які мали затримку або порушення мовного розвитку відвідували логопеда-дефектолога. Наприкінці курсу реабілітації консиліум фахівців Центру оглядав пацієнтів з метою аналізу результатів проведеного втручання, досягнення або недосягнення поставлених цілей та надання рекомендацій для виконання батьками вдома.Після курсу відновного лікування у Центрі спостерігалась позитивна динаміка функціонального стану дітей за класифікацієюGMFCSI 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%.

Висновки. Проаналізувавши рівень функціонального стану дітей за класифікацією GMFCSдо та після курсу реабілітації яка проводилась у Благодійній організації «Благодійна установа «Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання імені святого праведного Іоанна»» , можна зробити висновки:

На сучасному етапі розвитку суспільства фізична активність – необхідна умова життя та розвитку людини, що має не лише біологічне, а й соціальне значення. Кінцевий результат рухової активності виражається в оптимізації фізичного, психічного, соціального стану дитини з церебральним паралічем.

Застосування мультидисциплінарного підходу в комплексній реабілітації дітей, що мають діагноз ДЦП, дозволяє покращити загальний фізичний та психо-емоційний стан в динаміці.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування мультидисциплінарного підходу в проведенні реабілітаційних заходів удітей з церебральним паралічем для покращення функціонального стануі профілактики ускладнень.