

ГІДРОКІНЕЗІОТЕРАПІЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

Актуальність. Сучасна демографічна ситуація в Україні характеризується зростанням народжуваності та збільшенням кількості дітей-інвалідів. Згідно з державною статистикою Міністерства охорони здоров'я, в Україні перше місце серед дітей-інвалідів посідають діти з ураженнями нервової системи (41,9 %), а серед нозологічних форм переважає дитячий церебральний параліч (ДЦП), частота якого коливається від 1,6 до 4,2 випадків на 1000 новонароджених дітей. Кожного року в Україні реєструється близько 3000 діагнозів ДЦП. Діти з ДЦП складають своєрідну клінічну групу, яка суттєво відрізняється за рівнем моторного, психічного та соціального розвитку. За К. О. Семеновою, розрізняють такі форми ДЦП: спастична (диплегія, геміплегія, тетраплегія); дискінетична (гіперкінетична, атактична).

Дитячий церебральний параліч – це найпоширеніша і важка хвороба серед дітей, тому що пошкодження мозку у дітей на різних етапах розвитку призводить до незворотних наслідків: до рухових порушень, порушень функції мислення, сліпоты, глухоти. Основна причина, по якій в Україні в три рази вище частота ДЦП, ніж в інших європейських країнах, є перенесений інсульт плоду або новонародженої дитини, який настає внаслідок гіпоксії. Гіпоксія (киснєве голодування) – це найчастіша патологія вагітності, нерідко до неї призводять кістоз. Профілактика ДЦП, якої поки в країні практично не існує.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема дитячого церебрального паралічу залишається гострою дотепер. Про це свідчить значна кількість робіт, присвячених цій проблемі таких як: Ковалев В.В. Психіатрія дитячого віку, Міхеєв В.В. Нервові захворювання, Петрова В.Г., Белякова І.В. Хто вони, діти з відхиленнями у розвитку, Логінова, В. Д. Русакова. Реабілітація та відновне лікування дітей з дитячим церебральним паралічем в умовах великого стаціонару. Розрахунки, що ґрунтуються на оцінках і прогнозах Бюро перепису США (U.S. Bureau of the Census, International Data Base), свідчать, що у 2010 р. кількість хворих ДЦП у всьому світі збільшилася до 17. 340. 000 осіб. Характерно, що цей показник упродовж десяти років є достатньо стабільним у різних країнах. Більше

того, багато хто схильний вважати, що захворювання в країнах із високим рівнем медицини почало траплятися частіше. Це, на їхню думку, пояснюється зниженням смертності серед недоношених і новонароджених із низькою масою тіла, у яких дуже високий ризик розвитку ДЦП.

Мета роботи – підвищення ефективності фізичної терапії за допомогою гідрокінезіотерапії дітей з дитячим церебральним паралічем.

Термін дитячий церебральний параліч (ДЦП) сьогодні застосовується з метою позначення будь-якої патології, що відноситься до ряду неврологічних розладів, які розвиваються в дитинстві або ранньому дитинстві, надаючи постійний вплив на рух тіла і координацію м'язової діяльності, однак не є прогресуючими, тобто стан пацієнта не погіршується з плином часу. Термін церебральний вказує на те, що патологія вражає обидві половини головного мозку – в даному випадку, мова йде про моторну зону кори головного мозку, яка координує рух м'язів. Параліч ж означає, що у пацієнта спостерігається втрата або пошкодження ряду рухових функцій.

Основні причини ДЦП пов'язані з процесами розвитку вагітності і родовим актом, а ці стани не передаються у спадок, тому такий параліч часто називають вродженим ДЦП. Менш поширений тип – набутий ДЦП (черепно-мозкові травми в результаті нещасних випадків або інфекцій мозку).

У дітей першого року життя ДЦП може бути запідозрений або встановлений при наявності у пацієнтів патологічної активності і порушень становлення (або патологічної трансформації) фізіологічних рефлексів.

У дітей більш старшого віку, діагноз ДЦП встановлюється на підставі провідних клінічних проявів хвороби.

Для більшості дітей з ДЦП характерна затримка психічного розвитку за типом так званого психічного інфантилізму. Під психічним інфантилізмом розуміється незрілість емоційно-вольової сфери особистості дитини. Це пояснюється уповільненим формуванням вищих структур мозку (лобові відділи головного мозку), пов'язаних з вольовою діяльністю.

При психічному інфантилізмі відзначаються такі особливості поведінки: в своїх діях діти керуються в першу чергу емоцією задоволення, вони егоцентричні, не здатні продуктивно працювати в колективі, співвідносити свої бажання з інтересами навколишніх, у всій їхній поведінці присутній елемент "дитячості". Ознаки незрілості емоційно-вольової сфери можуть зберігатися і в старшому шкільному віці. Вони будуть проявлятися в підвищеному інтересі до ігрової діяльності, високої сугестивності, нездатності до вольового зусилля над собою. Така поведінка часто супроводжується емоційною нестабільністю, швидкою стомлюваністю.

Із самого початку реабілітації передбачене комплексне застосування різних видів лікування: гідрокінезіотерапія, оздоровче плавання, фізіотерапії, мануальної терапії, лікувальної фізкультури (розвитку реакцій випрямлення й

рівноваги), рефлексотерапії, масажу, ортопедичних та хірургічних засобів. Для більшості дітей із церебральними паралічами підвищений тонус м'язів, як уже зазначалось, є однією з головних проблем, оскільки саме він заважає формувати правильний руховий стереотип. Тому й нормалізація тону м'язів для дитини з церебральним паралічем є одним із перших завдань під час проведення заходів із фізичної терапії.

Ретельно проаналізувавши особливості рухових порушень кожної дитини з церебральним паралічем, ми склали програму, що дає можливість стимулювати рухові функції. Вона була спрямована на: формування правильного рухового стереотипу; покращення координації рухів; зменшення функціональної залежності; зменшення утомлюваності, що спричинена необхідністю подолання спастичності; зменшення м'язової скованості та важкості кінцівок; зменшення або ліквідації контрактури суглобів; покращення психологічного стану у дітей. При складанні комплексів вправ ми враховували індивідуальні особливості кожної дитини з церебральним паралічем, оскільки вправи, які вони мали виконувати, потребують більшої активності, ніж мимовільні м'язові рухи. Гідрокінезотерапія передбачала включення ігор, що відповідали руховим можливостям дітей, або загальновідомих ігор зі спрощеними правилами і умовами їх проведення. Враховувалася індивідуальна рухова активність кожної дитини з церебральним паралічем. Виконання активних вправ було короткотривалим, із частою зміною навантаження. Не зважаючи на те, що відпочинок утруднює навчання техніки вправ, він одночасно дає можливість запобігти мимовільним м'язовим спазмам. Тривалість і частоту відпочинку – варіювали, стежачи за ступенем опору при виконанні вправ. Реабілітаційне заняття було умовно поділене на три частини: вступну; основну і заключну. Заняття мали змішаний характер: розминка і заключна частина – групового характеру, основна частина – індивідуального. Вступна частина, тривалістю 5-10 хвилин, включала загально-розвиваючі вправи, які включали в себе вправи для підготовки усіх основних груп м'язів та суглобів до основного навантаження, вправи на увагу, а також дихальні вправи. Також була застосована методика занурення рота і носа дитини у воду на початку фази видиху. Інтервали між зануреннями за часом рівні дихальному циклові: вдих - видих. Завдяки зануренням під час видиху вдається через 3-4 заняття виробити рефлекс перекривання вдиху, але закріпленням цього рефлексу треба займатися протягом усього курсу. Основна частина тривала 30 хвилин, до неї входили спеціальні активні вправи (особливої уваги надавали вправам, які дитина була спроможна виконувати лише у водному середовищі), активні вправи з допомогою, що були спрямовані на збільшення амплітуди рухів у всіх великих суглобах і пасивні вправи, основним завданням яких було зниження патологічного тону м'язів, загально-розвиваючі вправи, що були

спрямованні на розвиток основних груп м'язів, вправи на розтяг м'язів з підвищеним тонусом, дихальні вправи. Заключна частина також тривала 5-10 хвилин і включала вправи на розслаблення і дихальні вправи.

Опираючись на результати проведеного нами дослідження, ми можемо сказати, що показники тонуусу усіх досліджуваних м'язів зазнали позитивних змін, при цьому більш значними вони були у дітей, які займалися гідрокінезотерапією поряд із іншими формами фізичної терапією, ніж у дітей, що займалися лише за звичайною програмою фізичної реабілітації.

Висновки. Проаналізувавши зміни тонусів м'язів і активної амплітуди рухів у дітей зі спастичними формами церебрального паралічу під впливом занять гідрокінезотерапією, ми можемо прогнозувати, що продовжуючи займатися такими заняттями упродовж більш тривалого терміну, можна досягнути значних результатів, що збільшать функціональні можливості дітей і полегшать їх повсякденну діяльність. Заняття гідрокінезотерапією ефективно знижують больовий синдром в незалежності від прийому знеболюючих препаратів. Більш того, завдяки заняттям у воді зменшуються дозування медикаментозних препаратів без нанесення шкоди здоров'ю пацієнта і без зниження ефективності лікування. ДЦП продовжує залишатися станом, що обумовлює значну частину випадків інвалідності серед дитячого та дорослого населення, що істотно знижує працездатність і якість життя, а також збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Булгакова Н.Ж. Плавание Москва: Физкультура и спорт, 2001. 400 с.
2. Козьявкин В.И. Детские церебральные параличи: основы клинической реабилитационной диагностики Львів Медицина світу, 1999. 312 с.
3. Віннік Ю. О. Ускладнення комбінованого лікування раку грудної Семейная медицина, № 3 . 2012, С . 130-133.
4. Ворончихина И. А. Типология процесса оздоровления лиц зрелого возраста на занятиях водной аэробикой Теория и Практика физической культуры, 2006, № 4. С. 62-63.
5. Глазирін І. Д. Плавання Київ Кондор, 2006. 502 с.