

УДК: 617: 616.831-009.11-031.4.615.825

Єрмолаєва А.В.¹, Філатова В.Р.², Порада О.В.³

¹ канд. наук з фіз. вих., доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС – 210м, НУ «Запорізька політехніка»

³ старш. викл. НУ «Запорізька політехніка»

КОРЕКЦІЯ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ДЦП ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

На сьогодні поширеність захворювання на дитячий церебральний параліч (ДЦП) в Україні 3-4 випадки на 1000 новонароджених (що свідчить про збільшення випадків захворювання, згідно даних за минулі 10 років, захворювання ДЦП було виявлено у 2 випадках на 1000 новонароджених).

Серед чинників захворювання, які поділяють на пренатальні та інтранатальні можемо спостерігати: інфекційні захворювання, судомні стани, патологія щитоподібної залози, шкідливі звички матері; вроджені дефекти, зокрема вади головного і спинного мозку, голови, легенів, порушення обміну речовин; певні спадкові чинники; ускладнення під час пологів; передчасні пологи; недостатність постачання кисню в мозок під час вагітності, під час або після народження дитини; пошкодження мозку в ранньому віці (менінгіт), травма мозку, мозкова кровотеча [7].

ДЦП – це група захворювань нервової системи, які проявляються у порушенні рухів, рівноваги та положення тіла. Виникає внаслідок вад розвитку мозку або пошкодження його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність.

Виділяють декілька форм ДЦП: спастичну, або пірамідну (найпоширеніша форма, основним симптомом є – підвищення м'язового тону); класифікують на диплегію (ураження обох ніг), геміплегію (ураження одного боку тіла), тетраплегію (ураження всього тіла). Та дискінетичну форму або екстрапірамідну (порушення координації рухів); розрізняють: атетодну (повільні або швидкі неконтрольовані рухи в будь-якій частині тіла), атактичну (порушення рівноваги і координації). Також у рідких випадках може бути змішана форма [2].

Спастична диплегія – форма ДЦП, яка трапляється найчастіше. За поширеністю рухових розладів визначається як тетрапарез, при якому верхні кінцівки уражаються значно рідше, ніж нижні. Іноді у верхніх кінцівках виявляється лише пірамідна недостатність. Спастичність домінує у м'язах-розгиначах та привідних м'язах нижніх кінцівок. У дитини в положенні лежачи ноги зазвичай витягнуті. При спробі надати дитині вертикального положення її ноги перехресшуються і формується опора на

носки. У зв'язку з постійним гіпертонусом привідних м'язів стегна ноги дещо зігнуті в кульшових суглобах і ротовані досередини. Під час ходьби зі сторонньою допомогою дитина здійснює так звані танцювальні рухи, повертаючи тіло до провідної ноги, – характерна хода. У 30-35% пацієнтів діагностують розумову відсталість в формі помірної дебільності, часті мовні розлади, судомні пароксизми, інколи атетоїдні, хореоатетоїдні гіперкінези. У динаміці психічні та мовні розлади добре компенсуються, локомоторні регресують гірше. Виявляються контрактури великих суглобів [1].

Лікування ДЦП має бути комплексним і безперервним. Лікувально-реабілітаційні заходи спрямовані на формування в дитини стереотипів рухів, нормалізацію рухового тону, попередження виникнення контрактур і деформацій; покращення психо-емоційного стану; навчання батьків догляду за дитиною з метою її соціальної адаптації. У корекції рухових порушень у хворих ДЦП форми спастична диплегія можуть застосовуватись наступні засоби фізичної реабілітації: лікувальна фізична культура (ЛФК), фізіотерапія, лікувальний масаж, кінезіотейпування. Також застосовується робота з психологом (як з дитиною, так і з батьками) та логопедом [3].

ЛФК – є обов'язковим засобом при лікуванні ДЦП. Її особливості залежать від фізіологічних характеристик дитини, тяжкості та протікання захворювання. Комплекс вправ при ДЦП спастична диплегія складається із активних та пасивних занять. Пасивна ЛФК – проводиться за допомогою безпосередньої дії спеціаліста на тіло хворого. Також можуть бути включені вправи, де пацієнт може впливати здоровою кінцівкою на хвору (підіймати, згинати, розгинати). Якщо стан дозволяє, додаються вправи на тренажерах, що дозволяє підтримувати м'язи в правильному тонусі та мінімізує ризик подальшого розвитку захворювання.

Лікувальний масаж при ДЦП може застосовуватись декількох видів: класичний лікувальний; точково-рефлекторний; логопедичний. Основні завдання масажу при ДЦП: зниження рефлекторної збудливості м'язів, зменшення сінкінезій, стимулювання функції паретичних м'язів, покращення лімфо- та кровообігу, зменшення трофічних розладів. Масаж для дітей з ДЦП проводиться в щадному режимі, основними прийомами є – розтирання, погладжування, легкі вібраційні прийоми. Під час масажу слід контролювати самопочуття пацієнта [5].

В комплексі із ЛФК та лікувальним масажем застосовують фізіотерапію, а саме парафінотерапія, електрофорез, озокеритотерапія, магнітотерапія та ін. Завдання фізіотерапії у лікуванні хворих з ДЦП, це нормалізація співвідношення процесів збудження та гальмування в ЦНС,

що ведуть до зменшення ригідності, спастичності м'язів та інтенсивності гіперкінезів, допомагає розвинути функціональні зв'язки у головному мозку та виробити нові рухові рефлекси, нормалізувати м'язовий тонус, покращити координацію [6].

На даний час широко стало використовуватися кінезіотейпування. Метод, який майже не має постійних протипоказань, лише тимчасові. Основним завданням методу кінезіотейпування при дитячому церебральному паралічі є забезпечення фізіологічної рухливості пошкоджених, в результаті недуги, суглобів і м'язових тканин. Іншими словами, накладення тейпів сприяє правильній (з анатомічної точки зору) фіксації суглобів, не обмежуючи при цьому їх рухливості [4].

Якщо провести аналіз дитячих захворювань, отримаємо – що ДЦП є найбільш тяжким ураженням і посідає одне з перших місць за складністю лікування серед захворювань дітей. Кожен з методів фізичної терапії, при правильному застосуванні буде надавати гарний ефект. Але комплексне застосування різних реабілітаційних методів, забезпечить набагато якісніший результат. ДЦП – захворювання, яке потребує постійне застосування лікувально-реабілітаційних заходів, та тільки при регулярному використанні реабілітаційних засобів можна значно покращити якість життя хворого, зокрема скорегувати рухові порушення. Основними вимогами до заходів з фізичної реабілітації у корекції рухових порушень хворих з ДЦП будуть: комплексність та постійність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Анохін П.К. Загальні принципи компенсації порушених функцій та їх фізіологічне обґрунтування. 2012. 110 с.
2. Бадалян Л.О. Журба Л.Т. Тімоніна О.В. Дитячий церебральний параліч. 2017. 328 с.
3. Волошін П.В. Реабілітація хворих на ДЦП. 2018. 60 с.
4. Глиняна О.О. Копочинська Ю.В. Основи кінезіотейпування. 2019. 128 с.
5. Губерт К.Д. Гімнастика та масаж в ранньому віці. 2012. 127 с.
6. Лільїн Є.Т. Дитяча реабілітологія. Сучасні технології в лікуванні ДЦП. 2016. 307 с.
7. Нікітін М.Н. Дитячий церебральний параліч, 2009. 118 с.