

Корекція сколіотичної деформації у дітей із дитячим церебральним паралічем засобами фізичної реабілітації

*Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка С. Дем'янчука,
Луцький інститут розвитку людини Університету "Україна"

Постановка проблеми. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є збірним терміном для групи захворювань, які проявляються передусім порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Церебральний параліч спричиняється порушенням розвитку мозку або порушенням однієї чи кількох його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність (рухи). Перші прояви ураження нервової системи можуть бути очевидними вже після народження, а ознаки формування ДЦП можуть виявлятися ще в грудному віці. Діти з ДЦП переважно відстають у своєму моторному розвитку і пізніше досягають таких ланок моторного розвитку, як перевертання, сидіння, повзання та хода. Спільним для всіх пацієнтів з церебральним паралічем є труднощі контролю над свідомими рухами та координування роботи м'язів. Через це навіть простий рух для хворих ДЦП є складним для виконання при [5; 6].

За даними авторів, багато осіб із ДЦП мають рівень інтелекту нормальний або вищий за середній. Усі діти з церебральним паралічем, незалежно від рівня інтелектуального розвитку, здатні суттєво розвивати свої можливості за відповідного лікування, фізичної реабілітації та логопедичної корекції [3; 5].

Проблема органічних ушкоджень нервової системи у дітей, у тому числі дитячих церебральних, є однією з актуальних у дитячій неврології і реабілітації. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, ДЦП залишається складною проблемою. Кількість дітей з ДЦП збільшується у всьому світі. Можливо, це зумовлено тим, що зараз виживає значно більше недоношених дітей. У нинішній час на 1000 населення нараховується 2–3 дітей з ДЦП. Ця хвороба однаково часто спостерігається в осіб як жіночої, так і чоловічої статі та в різних етнічних і соціо-економічних групах [5].

Метою лікування і реабілітації дітей з ДЦП є зменшення ступеня інвалідності, збільшення можливості самообслуговування, тобто максимальне пристосування до щоденного життя, адже хворий на ДЦП "не тільки не може діяти, але він ніколи не знав, як діяти" [3].

Серед соматично здорових дітей, за даними різних авторів [5; 6], порушення постави трапляються в 11–38 % випадків. Що стосується дітей з патологією ЦНС, зокрема з ДЦП, то цей відсоток суттєво зростає. Однак на дослідження такого плану в доступній нам літературі ми не натрапили. Тому це питання залишається актуальним і потребує дослідження.

Аналіз попередніх досліджень і публікацій. ДЦП спричиняється ушкодженням певних зон мозку, що розвивається. Це пошкодження може відбуватися на ранніх стадіях вагітності, коли мозок тільки починає формуватися, в процесі пологів, коли дитина проходить через родові шляхи, або після народження в перші роки свого життя. Вважається, що близько 70–80 % випадків ДЦП починається ще до народження (пренатально), менш ніж 10 % випадків ДЦП спричинені факторами, що діють під час пологів (перинатально). Інколи захворювання починається після народження (постнатально). Ймовірно також, що багато випадків ДЦП є результатом поєднання пренатальних, перинатальних та постнатальних факторів [2; 3; 4; 5].

Фактори ризику ДЦП включають: інфекційні захворювання, судомні стани, патологію щито-подібної залози, шкідливі звички та інші медичні проблеми матері; вроджені дефекти, особливо вади головного та спинного мозку, голови, обличчя, легенів та порушення обміну речовин, несумісність за резус-фактором, за групою крові між матір'ю та плодом, яка може спричинити пошкодження мозку у плода (на щастя, зараз цей стан майже завжди вчасно діагностується і лікується у жінок, які отримують належну дородову медичну допомогу); певні спадкові та генетичні фактори; ускладнення під час пологів, передчасні пологи, низька маса при народженні (особливо при масі тіла дитини менше кілограма при народженні), вроджена жовтяниця після народження, множинні плоди (двійня, трійня), недостатність постачання кисню (гіпоксія мозку в період вагітності) під час або після народ-

ження дитини; пошкодження мозку в ранньому віці (наприклад менінгіт), травма мозку, гіпоксія або мозкова гематома.

Виділяють такі форми церебральних паралічів [4; 5]:

Спастичні форми, що проявляються підвищенням м'язового тону. Залежно від того, яка частина тіла є ураженою, спастичні форми ДЦП поділяються на: диплегію (обидві ноги), геміплегію (одна сторона тіла) або тетраплегію (все тіло). Спастичні форми є найпоширенішими, на них припадає близько 70–80 % випадків;

Дискінетична форма проявляється порушенням координації рухів. Виділяють два основних її підтипи:

а) атетоїдну (гіперкінетичну) форму, що характеризується повільними або швидкими неконтрольованими рухами. Приблизно 10–12 % випадків належать до цього типу;

б) атактичну форму, що характеризується порушенням рівноваги та координації. Така форма становить 5–10 % випадків ДЦП;

Змішані форми. Поширеним є поєднання спастичних форм з атактоїдними або атактичними.

Мета дослідження – встановлення ефективності впливу засобів лікувальної фізичної культури та масажу для корекції порушень постави в комплексній реабілітації дітей з ДЦП, що мають дефекти постави.

Методи дослідження. В роботі використано комплекс методів, а саме: теоретичні (аналіз та узагальнення науково-методичної літератури з досліджуваної проблеми); емпіричні (спостереження, реабілітаційний експеримент); методи фізичної реабілітації (ЛФК, лікувальний масаж); математичної статистики.

Організація дослідження. Дослідження проводилися протягом одинадцяти місяців (січень–листопад 2007 року) на базі санаторію неврологічної спеціалізації для дітей з батьками “Дачний” Волинського обласного дитячого територіального медичного об'єднання (с. Жабка Ківерцівського району Волинської області).

Основний контингент, що отримує лікувально-реабілітаційні послуги у цьому санаторії, складають діти з патологією центральної нервової системи, а саме: з різними формами ДЦП, а також з наслідками черепно-мозкових травм, вродженими та набутими захворюваннями головного та спинного мозку тощо. У багатьох з них трапляються як супутня патологія різні види дефектів постави та сколіоз.

Одночасно в санаторії оздоровлюються 100 дітей і підлітків віком від двох до 18 років. Курс відновного лікування триває два тижні (10 лікувальних днів). Повторний курс відновного лікування в санаторії діти отримують через три місяці. Основними засобами, що використовуються для оздоровлення дітей, є засоби фізичної реабілітації, а саме: фізіотерапевтичні процедури (в тому числі електро- та тепловікування), масаж, гідромасаж, лікувальна фізична культура, іпотерапія та ін.)

Обстеження, діагностика захворювань, відбір дітей для участі в експерименті та призначення їм курсу відновного лікування проводиться спеціалістом з фізичної реабілітації, лікарем-хірургом та лікарями-невропатологами санаторію. Заняття ЛФК з дітьми, які брали участь у дослідженні, проводили спеціаліст із фізичної реабілітації та інструктори ЛФК в залах лікувальної фізкультури, а лікувальний масаж виконувався масажистами санаторію.

Для проведення дослідження було створено експериментальну групу (ЕГ) з 23 дітей з виявленими дефектами постави, що підтверджувалося лікарським висновком. Крім програми реабілітації, їм було рекомендовано спеціальні комплекси фізичної реабілітації, до яких входили комплекси фізичних вправ з дозуванням залежно від виду дефекту постави, віку і фізичного стану, та курси спеціального лікувального масажу. 29 дітей увійшли в контрольну групу (КГ), заняття з ними проводили згідно з програмою реабілітації основної неврологічної патології. До цієї групи були віднесені діти з наявністю протипоказань до застосування лікувальної фізичної культури та/або масажу.

Медикаментозне лікування, фізіотерапевтичне лікування, лікувальна фізична культура та лікувальний масаж основної неврологічної патології, що призначається лікарями дитині з приводу ДЦП, були загальними для КГ та ЕГ і спеціальному дослідженню не піддавалися.

План занять лікувальною фізичною культурою для кожного хворого складався індивідуально, залежно від клінічної картини, віку, загального стану та основної неврологічної патології.

Заняття лікувальною фізичною культурою проводилися щоденно, груповим методом, по 45 хв у залах ЛФК санаторію під керівництвом інструкторів із ЛФК згідно з вказівками та рекомендаціями

спеціаліста з фізичної реабілітації. В період між курсами відновного лікування, коли діти перебували вдома, вони займалися самостійно під контролем батьків, які були навчені спеціалістами санаторію методиці та правилам проведення занять. Особливості методики занять: комплекс основних вправ при дефектах постави повторювався щоденно, темп виконання вправ повільний, рекомендовано затримку рухів у крайньому положенні, після лікувальної гімнастики призначали відпочинок лежачи в певному положенні (залежно від виду дефекту постави) упродовж 15–20 хв. Лікувальний масаж дітям призначав лікар і виконували масажисти санаторію. Вид масажу залежав від виду порушення постави.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час обстеження на початку дослідження у дітей ЕГ та КГ виявлено різні види дефектів постави: кіфотичну, кіфо-лордотичну і суугулу спини, асиметричну та лордотичну постави. Після закінчення дослідження повторно проведено обстеження дітей цих груп лікарями санаторію для визначення ефективності комплексного застосування засобів фізичної реабілітації (табл. 1).

В експериментальній групі після проведення комплексу реабілітаційних заходів відбулася нормалізація постави у п'яти дітей (21,7 %). В контрольній групі нормалізацію постави виявлено в одній дитині (3,4 %). Проведені обчислення з використанням статистичного методу свідчать про те, що одержані результати є статистично достовірними ($t = 2, p = 0,05$).

Отже, в ЕГ одержано позитивний вплив засобів фізичної реабілітації на корекцію порушень постави у дітей із ДЦП. Застосування спеціальних комплексів ЛФК та лікувального масажу для корекції дефектів постави у дітей з ДЦП у вигляді нижнього парапарезу є ефективним і повинно використовуватися в практиці спеціалістів-реабітологів. Незначний відсоток ефективності не повинен вводити в оману, адже необхідно взяти до уваги, що це діти з дуже важкою для реабілітації неврологічною патологією, і компенсація порушення постави у них є тільки малою часткою необхідних компенсацій. Також треба враховувати відносно короткий проміжок часу, протягом якого проводилося дослідження, адже для отримання хоча б невеликого ефекту від застосування засобів фізичної реабілітації у таких дітей необхідний тривалий час занять.

Таблиця 1

Порівняння результатів дослідження

Назва групи	Кількість дітей із порушенням постави				Кількість дітей із нормалізованою поставою		t	p
	до експерименту		після експерименту					
	абсолютна кількість	%	абсолютна кількість	%	абсолютна кількість	%		
ЕГ	23	100	18	78,3	5	21,7		
КГ	29	100	28	96,6	1	3,4		
Статистичні показники							2	<0,05

Висновки

1. Обстеження дітей, які отримують відновне лікування у санаторії неврологічної спеціалізації для дітей з батьками “Дачний” Волинського обласного дитячого територіального медичного об'єднання, показало, що серед дітей з ДЦП у 66,7 % випадків виявляються різні види порушень постави.

2. Ефективність застосування спеціальних комплексів ЛФК у поєднанні з повторними курсами лікувального масажу для корекції порушень постави на фоні застосування загальнореабілітаційного комплексу заходів у зв'язку з наявністю основної неврологічної патології (ДЦП у формі нижнього парапарезу) в експериментальній групі становить 21,7 %, в контрольній групі – 3,4 % ($p < 0,05$).

3. Застосування засобів фізичної реабілітації для корекції порушень постави у дітей з ДЦП є ефективним і повинно використовуватися в практиці спеціалістів-реабітологів, що працюють з такими дітьми в спеціалізованих санаторно-курортних закладах, реабілітаційних центрах, навчально-реабілітаційних комплексах, дитячих лікарнях, спеціалізованих дитячих садочках тощо.

Література

1. Белая Н. А. Руководство по лечебному массажу.– 2-е изд.– М.: Медицина, 1983.– 287 с.
2. Бортфельд С. А., Рогачова Е. И. Лечебная физкультура и массаж при детском церебральном параличе.– Л.: Медицина, 1986.– 182 с.

3. Лечебная физическая культура при заболеваниях в детском возрасте / Под ред. С. М. Иванова.– М.: Медицина, 1983.– 399 с.
4. Мирзоева И. И. Конохов М. П. Ортопедия детей первого года жизни.– Л.: Медицина, 1983.– 128 с.
5. Мятига О. М. Фізична реабілітація при порушеннях постави, сколіозах та плоскостопості: Метод. рек.– Х., 1988.– 36 с.
6. Поляса Г. В., Петренко Г. Г. Лечебное плавание при нарушениях осанки и сколиозах у детей.– К.: Здоров'я, 1980.– 143 с.

Анотації

У статті висвітлено питання щодо проявів, форми ДЦП, причин його виникнення, рівня розвитку інтелекту у дітей, можливостей зменшення ступеня інвалідності й ефективності використання засобів фізичної реабілітації для корекції порушень постави у дітей з ДЦП.

Ключові слова: *дитячий церебральний параліч, порушення постави, фізична реабілітація.*

В статті приводяться проявлення, форми ДЦП, причини його виникнення, рівень розвитку інтелекту у дітей, можливості зменшення ступеня інвалідизації та ефективність використання засобів фізичної реабілітації для корекції порушень осанки у дітей з ДЦП.

Ключевые слова: *детский церебральный паралич, нарушения осанки, физическая реабилитация.*

This article deals with the problem of infantile cerebral paralysis revealing its forms, reasons, levels of children's intelligence development possibility of disablement level decreasing and effectiveness of physical rehabilitation means using for the correction of bearing infringement at children with infantile cerebral paralysis.

Key words: *infantile cerebral paralysis, bearing infringement, physical rehabilitation.*