

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ОСІБ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ НА ПІЗНІЙ РЕЗИДУАЛЬНІЙ СТАДІЇ

Баннікова Р. О., Бардашевський Ю. В.

Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ Відкритий міжнародний
університет розвитку людини „Україна”

Аннотація: В статті представлена проблематика комплексного використання средств фізической реабілітації в відновленні дітей з церебральним паралічем.

Annotation: The investigation deals with the problem of comprehensive usage of means of physical rehabilitation for children with cerebral palsy.

Ключові слова: фізична реабілітація, соціальна адаптація, дитячий церебральний параліч, діти з особливими потребами.

Key words: physical rehabilitation, social adaptation, cerebral palsy, physically handicapped children.

Складність і в більшості випадків недостатня ефективність заходів щодо реабілітації інвалідів у пізній резидуальній стадії ДЦП обумовлюють необхідність пошуку нових форм коректувальної роботи з даною групою інвалідів (Бадалян, Журба, Тімоніна, 2002; Камалов, Афанасенко, 2000; Мановіч, Жуховіцький, Дементьєва, 1989; Меженіна, 1966; Цукер, 1970; Ейдінова, 1969; Bobath До., Bobath В., 1956; Bosch, 1972; Haskell, Barrett, Taylor, 1977).

У даний час для лікувальної, оздоровчої і соціально-педагогічної коректувальної дії для інвалідів з ДЦП використовуються комплекси різноманітних засобів і методів. Але, необхідно звернути увагу на те, що в сучасній вітчизняній та іноземній літературі дуже мало уваги приділяється реабілітаційним заходам саме в пізній резидуальній стадії ДЦП.

Вирішуючи питання соціальної інтеграції і реабілітації інвалідів з ДЦП важливо враховувати і соціально-психологічні особливості цієї групи інвалідів

(Добровольська, 2005; Каліжнюк, Шевченко, 2001), як і інвалідів взагалі (Полунін, 1999; Фінкель, 1996).

З погляду життєвої ситуації для інвалідів з ДЦП характерні відгородженість від життя суспільства, незадоволеність своїм положенням, яка пов'язана перш за все з самотою, з наявністю проблеми пристосування до свого положення і необхідністю подолання психологічного дискомфорту.

Для цих осіб украй утруднено працевлаштування, участь у суспільному житті, створення власної сім'ї. Навіть працюючі інваліди практично не беруть участь у житті суспільства, часто відчують по відношенню до себе насторожене, а то і недоброзичливе відношення з боку адміністрації і здорових колег.

До відхилень, що найчастіше зустрічаються, в емоційно-вольовій сфері у інвалідів з ДЦП відносяться емоційна млявість, апатичність, залежність від опікуючих осіб, невисока мотивація до самостійної діяльності, тим більше - спрямованої на корекцію власного патологічного стану, невисокий адаптивний потенціал.

Частково ці риси є складовими елементами психоорганічного синдрому, частково - наслідком гіперопіки хворої дитини в соціально сприятливій сім'ї (Мамайчук, Чавес, 1999; Мартинов, 2004).

Труднощі, з якими зустрічаються інваліди унаслідок ДЦП, настільки серйозні, що для багатьох дітей стають непереборними на шляху їх соціальної адаптації. Ці особи поступово втрачають надію влаштуватися на роботу, замикаються в собі, відчують свою непотрібність і вимагають підвищення групи інвалідності.

Величезну небезпеку в цій ситуації становить песимістичний погляд на можливості інвалідів з ДЦП, який міцно укорінявся в свідомості багатьох медичних і соціальних працівників.

Прогресивнішою є точка зору реабілітологів, які вважають, що "... нездатність пацієнта досягти відповідних цілей - це поразка не пацієнта, а персоналу, який не створив техніку і програму, відповідну можливостям пацієнта" (Tardieu, 1968). Навіть інваліди, що мають важкий ступінь рухових

порушень, при створенні певних умов можуть знайти застосування своїм «обмеженим можливостям».

Провідні зарубіжні реабілітологи, розглядаючи ДЦП не тільки як хворобу, але і як сукупність обставин, в яких вимушена жити людина, вважають, що важливо запропонувати йому такі види допомоги, які дозволили б йому пристосуватися до цих обставин і жити максимально повноцінним життям, спостерігаючи за станом пацієнта до досягнення його можливого рівня функціональної спроможності.

Лікування інвалідів з ДЦП, як відзначають фахівці, повинне бути комплексним, включати заходи щодо розширення рухових, мовних і психічних можливостей, з використанням всіх наявних реабілітаційних засобів (Бадалян, Журба, Тімоніна, 1998; Бодажков, Вівчар, 2000; Верхало, 2000; Гавріков, Северина, 1998; Герцен, Лобенко, 2001; Грандо, Дмитрієва, 1990; Гончарова, 1992; Кассирській, Горобців, 1998; Костадінов, Країв, 1997; Курбанова, Барская, 1999; Мартинов, 2002; Мольська, 2001; Полунін, 2001; Сахно, Осіпова, 2003; Сермеєв, Ефіменко, 2000; Cotton, 1980; Cotton, Parnwell, 1977].

Засобами реабілітації інвалідів з ДЦП є методи соціально-відновлювальної дії, психологічної корекції, фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, рефлексотерапія, світлолікування, електролікування, вібротерапія, магнітотерапія, теплолікування, водолікування), і професійна орієнтація. Методи лікувальної фізкультури, масажу, фізіотерапії і рефлексотерапії застосовуються на всіх етапах реабілітаційного лікування з урахуванням тяжкості функціональних порушень і загальних протипоказань до цих методів лікування.

Лікувальна фізкультура як засіб реабілітації осіб з дитячим церебральним паралічем займає в комплексній терапії одне з провідних місць і є природно-біологічним методом терапії, що сприяє швидшому відновленню порушеної функції опорно-рухового апарату (Мохів, 2002). На високій ефективності лікувальної гімнастики при церебральних паралічах наголошено у ряді робіт (Бадалян, Журба, Тімоніна, 1998; Бодажков, Вівчар, 2000; Бортфельд, Рогачева, 1996; Гончарова, 1992; Желенкова, 1999; Ісанова, 2003; Каптелін,

1996; Мановіч, Жуховіцький, Дементьева., 1979; Меженіна, 1976; Мірзоєва, Бортфельд, Городецкая, Данілова, 1982; Фізіотерапія, 1996; Bowiey, Gardner, 1900; Carrington, 1981; Haskell, Barrett, Taylor, 1977).

У даний час для реабілітації осіб з ДЦП використовують різні методики лікувальної фізкультури.

Семенова (1976) пропонує методику ЛФК для дітей перших двох років життя і старше, але з важкими формами захворювання. Методика заснована на знанні закономірностей рухового розвитку здорової дитини і механізмів формування рухової патології у дітей з церебральним паралічем.

Штеренгерц (1996) розробив методику ЛФК для дітей шкільного віку, в якій з урахуванням анатомо-фізіологічних механізмів дитячого організму при проведенні занять і навчанню трудовим навикам особлива увага надається емоційному фону.

Бортфельд і Рогачева (1986) рекомендують поєднувати лікувальну гімнастику з педагогічними заходами.

Згідно методиці, запропонованої Vobath До. і Vobath В. (1956), перш ніж навчати інваліда нормальному руху, необхідно змінити патологічний руховий стереотип. Основним прийомом є укладання паралізованої дитини в позу "ембріона".

Для інвалідів, що страждають атонічною формою ДЦП, застосовується методика Kabat (1953), яка ставить за мету вироблення рухів за допомогою певних прийомів активізації мотонейронів спинного мозку, що здійснюють скорочення м'язів. При цьому інвалідам із збереженим нормальним рівнем психічного розвитку рекомендується спочатку виконувати рухи.

Для осіб з обмеженими руховими можливостями, з якими під час занять не вдається встановити контакт, а також для інвалідів із затримкою психомоторного розвитку рекомендується методика Vojta (1981).

Для усунення контрактур нижніх кінцівок у інвалідів з ДЦП Умханов (1985) пропонує використовувати компресійно-дистракційні апарати. При цьому, на його думку, відбувається придушення високої рефлексорної

активності мотонейронів, що іннервують спастичні м'язи і збільшується об'єм рухів в суглобах.

Загальними і обов'язковими принципами для всіх згаданих методик є: 1) регулярність, систематичність і безперервність проведення лікувальної гімнастики, 2) суворі індивідуалізація вправ ЛФК, 3) використання засобів і форм ЛФК відповідно до стадії захворювання, його тяжкості, віку і психічного розвитку осіб з обмеженими можливостями, 4) поступове, суворі дозоване збільшення фізичного навантаження.

У пізній резидуальній стадії ДЦП основна мета ЛФК - нормалізація рухової діяльності інваліда шляхом виховання установчих і придушення тонічних м'язових рефлексів (Бадалян, Журба, Тімоніна, 1998; Бортфельд, Рогачева, 1996; Семенова, 1986; Семенова, Штеренгерц, Польської, 1996; Eason, Smith, Caron, 1994). Приватними задачами, на думку таких авторів, як Бортфельд і Рогачева (1986), Вітензон, Бравічев, Журавльов (1974), Семенова із співавторами (1986), Штеренгерц (1986) і ін., є поліпшення рухливості в суглобах, стабілізація опороздатності, підвищення працездатності організму, навчання правильному диханню, відновлення рухової активності, виховання схеми тіла (пози) і постави, тренування системи рівноваги, поліпшення координації рухів. При цьому, як відзначає Tardieu (1978), слід мати на увазі, що "хворий з руховими розладами церебрального походження не тільки не може діяти, але він ніколи не знає, як діяти".

Каптелін (1986) указує на ефективність гідрокінезотерапії - лікувальної гімнастики у воді.

Часто не дивлячись на всі заходи, що використовуються, у інвалідів з ДЦП формується тугорухливість в суглобах, що переходить в контрактури. В цьому випадку буває доцільним лікування гіпсовими пов'язками, носіння ортопедичного взуття, при необхідності призначаються ортопедичні пристрої, які дозволяють багатьом інвалідам прийняти вертикальну позу і самостійно пересуватися (Андріанов, Затекин, Козюков, 2001; Герцен, Лобенко, 2001; Каптелін, 1996; Курбанова, Панська, 1999; Blum, 1993).

Ортопедичні пристрої для осіб з обмеженими руховими можливостями застосовуються на різних етапах реабілітації, а також після завершення відновного лікування. Ці пристрої сприяють збереженню правильної початкової пози при стоянні і ходьбі, створюють умови для зменшення спастичності і поліпшення функції ослаблених м'язів, сприяють нормалізації рухів в суглобах кінцівок і функцій м'язів при ходьбі і стоянні (Вітензон, Бравічев, Журавльов, 1984; Семенова, Махмудова, 1989).

Для отримання сприятливих результатів в комплексі реабілітаційних заходів інвалідів з ДЦП велике значення має використання масажу, який покращує кровообіг, збільшує тонус і силу уражених м'язів, знижує їх спастичність (Біла, 2004; Бортфельд, Рогачева, 1996; Васічкін, 2001; Дюкова, Лернва, 1995; Кунічев, 1995; Семенова, 1986; Семенова, Штеренгерц, Польської, 1996; Штеренгерц, 1996).

Майже всі прийоми і методи дії лікувального масажу в основному спрямовані на нормалізацію рефлекторної діяльності центральної нервової системи. Причому, найефективнішими є наступні методики масажу: 1) класичний лікувальний масаж, 2) масаж для поліпшення дихання, 3) сегментарний масаж, 4) точковий масаж.

Для зниження збудливості рухових клітин спинного мозку і дії на трофічні процеси перш за все проводять масаж паравертебральних спинномозкових сегментів в ділянці нижньогрудних, поперекових, крижових хребців для дії на нижні кінцівки (Біла, 2004; Кунічев, 1995; Штеренгерц, 1996).

Як допоміжний засіб для зниження спастичного тонусу м'язів використовують локальну дію холодом - кріотерапію. Використання холоду на спазмованих м'язах верхніх і нижніх кінцівок знижує швидкість проведення імпульсів по нервових волокнах і пригніблює чутливість рецепторів, внаслідок чого збільшуються сила і об'єм довільних рухів (Льовченко, 2001; Bobath До., Bobath В, 1956).

У комплексі відновного лікування інвалідів з дитячим церебральним паралічем застосовується: рефлексотерапія, світлолікування, магнітотерапія, парафіно- і грязелікування, бальнеотерапія (вуглекислі, сірководневі, радонові,

хвойні, йодобромні, скипидарні ванни), душі, апаратна фізіотерапія з використанням електричних струмів, різних за своїми характеристиками: напрузі, формі, частоті коливань, напрямку і т.д. (Буригіна, 1997; Герцен, Лобенко, 2001; Меженіна, 1976; Мольська, 2001; Семенова, Штеренгерц, Польської, 1996).

Часто, методи реабілітаційної дії відносно інвалідів з ДЦП в пізній резидуальній стадії зводяться до використання медикаментозної терапії і масажу в поєднанні з прийомами лікувальної фізкультури або ортопедо-хірургічними заходами, що сприяє лише тимчасовій корекції рухових порушень і часто не приводить до досягнення реального результату.

При розробці методики реабілітаційних занять для інвалідів з ДЦП ми виходили з того, що вона повинна включати комплекс заходів, спрямованих на рішення відповідних лікувально-оздоровчих і соціально-педагогічних задач.

При цьому ставились завдання забезпечення:

- цілісного впливу занять на інваліда;
- спадкоємності занять оздоровчою гімнастикою;
- диференціювання навантаження залежно від ступеня виразності рухових розладів у інвалідів і їх психологічних особливостей;
- закріплення позитивних зсувів у фізичному і психічному стані інвалідів.

Пропонована методика передбачає певну послідовність лікувально-оздоровчих та соціально-педагогічних заходів, ряд етапів в їх проведенні.

Важливе значення має відновлення правильних координаційних взаємостосунків діючих м'язів при виконанні рухів, а також зміцнення функціонально недостатніх груп м'язів. З цією метою в комплексі лікувальної гімнастики при ураженні верхніх кінцівок використовуються вправи для зміцнення м'язів спини з акцентом на міжлопаткові м'язи, для чого використовують переважно висхідні положення на животі. При ураженні нижніх кінцівок рекомендуються вправи, що сприяють зміцненню м'язів задньої групи стегна, і відвідних м'язів сідниць стегна в різних початкових положеннях. Ефективне використання різних допоміжних предметів і засобів:

м'ячів, гумових еспандерів і т.п. Динамічні вправи, що пропонуються в комплексі лікувальної гімнастики корисно поєднувати з вправами з опором (включаючи самоопір); можливе підключення ізометричних вправ.

Для інвалідів, позбавлених можливості пересуватися самостійно, основна увага надається виявленню можливості прийняття і утримання певної пози (самостійно або за допомогою реабілітолога) і виконання рухів в цій позі.

Дія фізичних вправ спрямована на оволодіння основними складовими довільного рухового акту: довільності напрямку, амплітуди, сили, швидкості. З цією метою пропонуються вправи, спрямовані на поліпшення координації рухів, рівноваги, розвиток рухливості, вироблення точних рухів з використанням в процесі занять елементів розслаблення.

Значне місце слід приділяти дихальним вправам, виконання яких сприяє підвищенню окислювально-відновних реакцій організму, що в поєднанні з ритмом виконуваних фізичних вправ дозволяє знизити тонус дихальної і скелетної мускулатури, уникнути її перенапруження.

За наявності контрактур і фіксованих установок використовуються різні тренажери - велоергометр і інші пристрої механотерапії, заняття на яких сприяють розвитку рухливості в суглобах, розробці контрактур, а також узгодженню взаємодії м'язів верхніх і нижніх кінцівок.

Виконання вправ на рівновагу і координацію пропонується з різних висхідних положень.

Доцільне широке використання елементів рухомих ігор - таких, як перекидання один одному м'ячів різних розмірів і кольору, метання м'яча в ціль, закидання м'яча в корзину або коробку, ведення м'яча з кидком в ціль, гра в кеглі, ігри з елементами волейболу, бадмінтону, настільного тенісу.

При геміпаретичній формі ДЦП лікувально-оздоровчі заходи на підготовчому етапі повинні бути спрямовані на відновлення правильної координованої взаємодії м'язів здорових і уражених кінцівок при виконанні рухів.

Увага акцентується на симетричному виконанні рухів здоровою і ураженою кінцівками, навчанні самоконтролю за виконуваними діями і

узгодженню їх з рухами здорових кінцівок на основі зорово-моторної координації. При цьому необхідно акцентувати увагу на тому, щоб всі рухи під час виконання комплексу вправ він починав з хворої кінцівки. Така установка сприяє порушенню стереотипу домінування здорової кінцівки при виконанні будь-якого руху.

Дозування вправ на здорові і уражені кінцівки повинне суворо диференціюватися залежно від ступеня ураження кінцівок і виразності м'язової гіпотрофії.

Для поліпшення дрібної моторики в ураженій верхній кінцівці, тренування функції опори і захвату предметів, пропонуються традиційні вправи, що розвивають маніпулятивну функцію рук (утримання палиці у вертикальному положенні хворою рукою і перебирання пальцями вгору-вниз, збирання розсипаних дрібних предметів, сірників і т.п., захоплюючи їх по черзі двома пальцями: 1-м і 2-м, 1-м і 3-м і т.д., вправи з ручним еспандером і ін.).

Для поліпшення маніпулятивних функцій кисті ми пропонуємо використання коригуючої гімнастики з фіксацією кисті реабілітолога до кисті пацієнта (тандотерапія).

Пропонуються коригуючі вправи для м'язів спини, вправи на рівновагу і координацію рухів.

Корекція ходьби має на меті симетричне виконання рухів при виконанні крокових рухів, тренування перекочування стопи ураженої кінцівки, зокрема з використанням різних допоміжних засобів у вигляді манжет, брусів, тредбана, валиків і т.п.

Заняття на тренажерах (веслування, велоергометр), використання рухомих ігор з елементами волейболу і т.п. сприяють порушенню асиметричного рухового стереотипу.

Вибору лікувально-оздоровчих заходів на підготовчому етапі при атонічно-астатичній формі ДЦП повинно передувати виявлення можливості інваліда приймати і утримувати певну позу - самостійно або за допомогою реабілітолога.

До комплексу лікувальної гімнастики включаються вправи для зміцнення основних груп м'язів, вправи на рівновагу і координацію рухів з різних висхідних положень, з використанням різних пристосувань. Наприклад, для корекції положення голови використовуються прийоми фіксації погляду на нерухомих предметах при виконанні вправ із зміною висхідного положення і без зміни.

З урахуванням зниженої мотивації хворих до активної діяльності, пропонуючи їм виконання тих або інших вправ, слід "обігравати" ці вправи, пропонувати образні і сюжетні вправи.

У комплекс необхідно включати вправи на концентрацію уваги і точність виконання рухів, використання занять на тренажерах, - веслування, велотренажер, сприяючи залученню в рух основних груп м'язів.

Гіпотонія і слабкість м'язів у інвалідів з атонічно-астатичною формою ДЦП вимагають більшою мірою, ніж при роботі з інвалідами, що мають спастичні або поєднані спастико-гіперкінетичні розлади, обов'язкового тренінгу, тобто корекції навантаження з урахуванням досягнутого ефекту.

У ході організації цих занять важливо забезпечити диференціювання навантаження на інвалідів з урахуванням ступеня виразності у них рухових розладів.

З цієї точки зору доцільний розподіл інвалідів на три групи.

До першої групи відносяться інваліди з дещо виразними руховими порушеннями у верхніх кінцівках, що пересуваються самостійно без допомоги спеціальних пристосувань.

До другої групи - інваліди з переважанням рухових розладів в нижніх кінцівках, що пересуваються самостійно за допомогою спеціальних пристосувань (милиць, ходунків, канадських паличок).

У третю групу слід включити інвалідів, практично не здатних пересуватися самостійно.

Залежно від тяжкості рухових порушень проводиться і загальне диференціювання способів виконання вправ комплексу.

Проблема широкого залучення інвалідів з ДЦП в активне життя суспільства, зокрема в її спортивну сферу, організації їх дозвілля на основі сумісної участі здорових і інвалідів стає все більш актуальною (Столяров, 2001; Столяров, Іпатов, 2005).

На жаль, в літературі практично відсутні вказівки щодо шляхів її вирішення. Для закріплення досягнутих позитивних результатів в процесі реабілітаційних занять можуть бути використані різні засоби, методи і форми організації дозвілля інвалідів з ДЦП, що припускають прояв їх самостійної фізичної і соціальної активності, а також спілкування з іншими особами з інвалідністю та без інвалідності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барінова І. Л. Фізическая рэабілітацыя дзяцей с ДЦП (спастицеская форма) // Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту - Минск, 2004 - с. 222-223.
2. Бойков Д. И. Обучение детей с ДЦП и информационные технологии // Тез. докл. V Межд. конф.: Ребенок в современном мире: права ребенка. - Спб., 1998.
3. Гузій О. Кількісна оцінка рівня соматичного здоров'я підлітків 14-15 років, хворих на ДЦП // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. - Львів, 2002. - Вип. в -т.2 - с. 429-433.
4. Григорьева Л. Д., Ро О. В. Социально-трудовая адаптация детей с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности // Актуальные вопросы реабилитации детей инвалидов – СПб., 1998.
5. Добровольская Т. А., Шабалина Н. Б. Инвалиды: дискриминируемое меньшинство // Социол. исслед., 1992, №5.
6. Денисов В. Н. Медико–социальная реабилитация инвалидов: Методические подходы и результаты / В. Н. Денисов, В. В. Захаренков // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – т.9, №2. – с. 40 – 43.
7. Козьявкин В. И. и др. Детские церебральные параличи: Медико-психологические проблемы / Козьявкин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С. – Львів: Українські технології, 1999. – 144 с.
8. Пчеляков А. В. Этапная реабилитация больных с двигательными нарушениями при спастическом церебральном параличе // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2001 - №1. – с. 66-68.
9. Синиговец В. И. Построение физических упражнений избирательного характера в физическом воспитании детей, больных церебральным параличом. (13.00.04): Дис....канд. пед. наук // УГУФВС. – К., 1994. – 182 с.