

Здоров'я, 1998. – 47 с.

3. Марченко О. К. Основы реабилитации: учеб. для студ. вузов / О. К. Марченко. – К.: Олимп. лит., 2012. – 356 с

4. Максимова К. В. Проблема зайвої ваги серед жінок, що відвідують сучасні фітнес-заняття / К. В. Максимова // Слобожан. наук.спорт. вісн. – 2007. – Вип. 12. – С. 382

5. Пархотик И. И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / И. И. Пархотик. – К.: Олимп. лит., 2003. – 224 с.

6. Лапшина Є. Огляд сучасних оздоровчих напрямів фітнесу, які використовуються фахівцями з фізичної реабілітації у професійній діяльності / Є. Лапшина, О. Погонцева // Фіз. культура, спорт та фіз. реабілітація в сучасному суспільстві : IV Всеукр. студ. наук.-практ. конф. (Вінниця, 12–13 трав. 2011 р.). – Вінниця, 2011. – С. 244–246

7. Булгакова Н. Организация и методика занятий аквааэробикой в глубокой и мелкой воде / Н. Булгакова, Ю. Полянская, Е. Орешкин // Олимпийский спорт и спорт для всех: 4-й Междунар. науч. конгр. – К., 2000. – С. 343.

8. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // The Lancet, Early Online Publication. – 2014, – Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.

9. Katzell L.I., Bleecker E.R., Colman E.G. et al. Effects of weight loss vs aerobic exercise training on risk factors for coronary disease in healthy, obese, middle-aged and older men. A randomized controlled trial // JAMA. – 2000. – № 27. – Vol. 274 (24). – P. 1915-1921.

10. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 // The Lancet, Early Online Publication. – 2014, – Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.

Шклярчук Ганна

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ 12-14 РОКІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ У РЕЗИДУАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

У статті обґрунтовано сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей 12-14 років з дитячим церебральним паралічем у резидуальному періоді

Ключові слова: фізична реабілітація, дитячий церебральний параліч, резидуальний період.

Шклярчук А. Физическая реабилитация детей 12-14 лет с детским церебральным параличом в резидуальном периоде. В статье обоснованы современные подходы к физической реабилитации детей 12-14 лет с детским церебральным параличом в резидуальном периоде.

Ключевые слова: физическая реабилитация, детский церебральный паралич, резидуальный период.

Shklyaruk G. Physical rehabilitation of children of 12-14 years old with infantile cerebral paralysis in the residual period. The article addresses the problem of infantile cerebral paralysis, which has been in the spotlight of researchers all over the world for a long time. For more than a century of scientific researches there was accumulated an enormous amount of data regarding etiology and pathogenesis of this disease, classifications of disorders were worked out, various methods of rehabilitation treatment and pedagogical correction were developed. However, high incidence and permanent growth indicators of infantile cerebral paralysis, as well as severity of organic lesions, and their functional manifestations, inherent for this disease, requires permanent improvement of existing measures, and searching for the new preventive measures for inception of cerebral pathology, and effective correction of its consequences.

Physical rehabilitation and adaptation of people with development defects, and especially patients with infantile cerebral paralysis, is the issue of the day, which contains many aspects. But it is important that in spite of all difficulties which arise in the process of rehabilitation of such patients, it enables them not only to feel better physically, but also improve their emotional and psychological state, as well as actively integrate in society.

Today only few people with a disease of infantile cerebral paralysis understand the importance, and know the benefits of application of tools of physical rehabilitation: massage, remedial gymnastics, hydrokinesitherapy, physiotherapy and hippotherapy. These methods enable to eliminate functional disorders, pathologic movements, as well as to achieve maximum compensation for defects, when a child will stop to depend on adults and will be able to live on his/her own without assistance.

The purpose of the research responds to the fact that work practice with children with infantile cerebral paralysis requires argumentation for usage of methods of physical rehabilitation, directed to correction of disordered functions, mental retardation of such children, caused by the early organic affection of cerebrum, which slows down and damages its postnatal forming, and different sensory (pathology of sight, acusis, kinetic perception), and linguistic defects. Systematic application of physical exercises makes an organism better adapt to the gradually growing loading, and helps to correct the disorders caused by illness. A physical rehabilitation aims to liquidate disabilities and has a positive effect on social adaptation of children with infernal cerebral paralysis.

Key words: physical rehabilitation, infantile cerebral paralysis, residual period.

Постановка проблеми. Актуальність наших досліджень зумовлена значним поширенням дитячого церебрального паралічу (ДЦП), складністю захворювання, високим відсотком інвалідності, а також труднощами у лікуванні та реабілітації дітей з такою патологією.

Згідно державної статистики Міністерства охорони здоров'я в Україні частота ДЦП коливається від 1,6 до 4,2

випадки на 1000 народжених дітей. Кожного року в Україні реєструється близько 3000 діагнозів ДЦП, які поставлені вперше у житті [9, с. 10].

На думку С.М. Афанасьєва, характерною ознакою ДЦП є рухові порушення, дефект яких, у першу чергу, визначається за патологією м'язового тону, здатністю утримувати статичну та динамічну стійкості у різних положеннях, виконувати довільні рухи, необхідні для самообслуговування і активної життєдіяльності [1, с. 3-4]. Фізична реабілітація дітей з церебральним паралічем має сприяти підвищенню рівня їх підготовки до трудової діяльності, формуванню навичок правильного виконання основних рухів, поліпшенню стану здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Роботами таких науковців як С.А. Бортфельд [3, с. 124], К.А. Семенова [11, с. 61] доведено високу ефективність відновного лікувально-корекційного впливу, розпочато виключно на ранніх стадіях захворювання – протягом перших років життя. Як вказує Л.В. Мороз, у дітей з діагнозом ДЦП ефективність відновлення порушених функцій не обмежується тільки раннім початком реабілітаційних заходів, одним з головних лімітуючих факторів виступає ступінь ураження головного мозку [10, с. 71-73]. На жаль, повне відновлення функцій майже неможливе. Достатнє для самостійного існування відновлення можливе лише при легких формах патології. Проте, навіть такі діти вимушені тривалий час боротись з наслідками своєї хвороби, а при важких формах – навіть протягом всього подальшого життя.

Мета дослідження полягала в обґрунтуванні сучасних підходів до фізичної реабілітації дітей 12-14 років з дитячим церебральним паралічем у резидуальному періоді.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури; педагогічне спостереження.

Результати дослідження. Сучасна наука володіє великим арсеналом методів лікування ДЦП, як консервативними, так і оперативними. Консервативне лікування є основним при всіх формах і ступенях тяжкості ДЦП. До нього належать такі методи, як лікувальна фізична культура (ЛФК), медичні процедури, фізіотерапевтичне лікування, медикаментозне лікування, лікування музикою, психо-педагогічне лікування тощо. Вони певною мірою поліпшують функцію опорно-рухового апарату і сегментарного відділу нервової системи. Н.А. Гросс зазначає, що серед консервативних методів відновлювального лікування рухових розладів церебрального походження провідна роль належить фізичній реабілітації [6, с. 46-48].

Значний внесок у розвиток методики використання лікувальної фізичної культури при ДЦП належить К.А. Семеновій, яка вказувала на те, що ЛФК спільно з іншими видами лікування залежно від часу початку лікування, віку хворого, форми захворювання впливає різним чином на рухову сферу [11, с. 98]. Її методика базується на знанні закономірностей рухового розвитку здорової дитини і механізмів формування рухової патології у дітей з церебральним паралічем. Важливим, на думку автора, є розвиток мовленнєвої, зорової і слухової функцій у процесі занять.

На думку Є.М. Мастоюкової, індивідуальними завданнями ЛФК можуть бути такі: поліпшення рухливості суглобів, стабілізація опороздатності, підвищення працездатності організму, навчання правильного дихання, відновлення рухової активності, тіловиховання, формування правильної постави, тренування рівноваги, поліпшення координації рухів (відновлення їх ритмічності й узгодженості) [8, с. 112].

В.А. Качесов розробив методику ЛФК для дітей церебральним паралічем, що ґрунтується на анатомо-фізіологічних особливостях дитячого організму, з урахуванням біомеханіки кожного руху, важкості ураження, віку дитини [7, с. 97]. Особлива увага приділяється емоційному фону при проведенні занять і навчанню трудовим навичкам. Рекомендують широко застосовувати жваву і адаптаційно-спортивну гру.

С.С. Волкова схильється до твердження про те, що лікувальна фізкультура має бути спрямована на розвиток здатності до довільного гальмування патологічного руху, зменшення тону м'язів, поліпшення координації, просторових уявлень, точності рухів, загальної рухливості, навчання життєво необхідних навичок [4, с. 194-195]. Дослідниця рекомендує такі види вправ: на розслаблення, на корекцію, загальнозміцнювальні, із приладами і без нього, на координацію і рівновагу, з опором і без опору, дихальні. Пропонується провести навчання довільного розслаблення м'язів, починаючи зі здорової або менш ураженої кінцівки. Після того, як хворий відчує вагу частини кінцівки, що утримується, йому пропонується швидко розслабити м'язи, «упустити» сегмент кінцівки під дією ваги. При цьому виникає нова система збудження, розвивається гальмування, і раніше напружені м'язи розслаблюються. Ці вправи необхідно застосовувати при всіх формах захворювання, особливо при гіперкінетичній формі.

Для розвитку координації рухів переважно використовуються вправи для рук і ніг, що виконуються на місці і в пересуванні. Виконання рухів кінцівками у різних напрямках і в різному ритмі ускладнює вправи. С.А. Бортфельд [3, с. 31] вважає, що лікувальна гімнастика повинна поєднуватися з педагогічними заходами, при цьому важлива роль має відводитися використанню рефлексорних механізмів. Вправи на координацію В.А. Качесов [7, с. 19] рекомендує використовувати в основному для хворих, які можуть самостійно пересуватися, і широко застосовувати при геміпарезах, а також у легких випадках гіперкінетичної форми, при спастичній диплегії. Велике значення має концентрація уваги дітей, що займаються. Тому ці вправи ефективно виконувати у вигляді гри з елементами змагання.

Ряд авторів [5, с. 111; 12, с. 6] пропонують проводити вправи на рівновагу на місці та при пересуванні, ускладнювати їх за рахунок вимкнення зорового аналізатора, зменшення площі опори, зміни положення рук. Заняття фізичними вправами при цьому посилюють рефлексорні зв'язки кори головного мозку з опорно-м'язовим апаратом, що сприяє утворенню нових рухових навичок, піднімає тonus, поліпшує загальний стан організму. Ефективність фізичних вправ залежить від стану інтелекту, пам'яті, ступеня зацікавленості хворого заняттями ЛФК, тобто від активної участі самого хворого у відновленні порушених функцій.

Наведені методики ЛФК можна об'єднати у три основні групи:

- 1) методики філогенетичної спрямованості;

- 2) методики, які враховують переважно онтогенетичні особливості розвитку організму;
- 3) методики аналітичного характеру, спрямовані на вироблення і тренування окремих рухів.

Загальними і обов'язковими принципами для всіх методик ЛФК є наступне:

- регулярність, систематичність і безперервність застосування лікувальної гімнастики;
- суворі індивідуалізація вправ ЛФК;
- застосування засобів і форм ЛФК відповідно до стадії захворювання, його тяжкості, віку інваліда, його психічного розвитку;

- поступове, суворі дозоване збільшення фізичного навантаження.

Важливо вчасно визначити, діагностувати захворювання, що дає можливість розпочати лікування на ранній стадії захворювання. Раннє лікування - одна із складових успіху в лікуванні дитячого церебрального паралічу.

Дуже важливо організувати правильне лікування хворих з ДЦП. Воно повинно ґрунтуватися на таких принципах:

- ранній початок;
- етапність лікування;
- спадкоємність у лікуванні;
- комплексність лікування.

Звертають на себе увагу дослідження цієї проблеми зарубіжними авторами.

W.M. Phelps [15, с.770-771] підкреслює важливість лікування кожного м'яза і пропонує такі 15 засобів, що використовуються залежно від стану хворих з ДЦП: масаж, пасивні рухи, рухи з активною допомогою, активні рухи, опір руху, умовний рух, неупорядкований рух, комбінаційний рух, відпочинок, розслаблення, рух у розслабленій позі, рівновага, дія у відповідь, витягнення, хапання, розтискання; правильне й уміле виконання рухів.

T. Fay [13, с. 24-26] надає серйозного значення з філогенетичного погляду способам рухового розвитку дитини, схожим на клас риб, змій, інших плазунів. Таким чином, рухове тренування інвалідів з ДЦП здійснюється за подібністю до рухового розвитку плазунів. У інвалідів з ДЦП спостерігається пошкодження рухового центру високого рівня, тому автор пропонує починати рухове тренування з примітивних рухів, які направляються від середнього мозку, моста і довгастого мозку. Потім поступово перейти до більш складних рухів. Отже, процес рухового розвитку прогресує від гомолатерального повзання на животі до контралатерального повзання на животі, як у плазунів.

За методикою К. & В. Bobath, патологічні механізми рухів при ДЦП пов'язані з наявністю нередукованих тонічних рефлексів стовбура мозку, патології антигравітації [12, с. 205-207]. Враховуються також сенсорні кінестетичні порушення. Перш ніж навчати хворого нормально рухатися, на думку цих авторів, необхідно змінити патологічний руховий стереотип. При цьому основним прийомом є укладання дітей в позу ембріона, при якій виробляється правильна реакція опори. Пози-укладання, за В. Bobath, мають велике значення для нормалізації схеми тіла і рухів. Додатково необхідно виключати в комплекс тренувальні вправи на розвиток реакції рівноваги і опори [12, с. 205]. Методика названих вище авторів використовується в усьому світі, оскільки вона універсальна в застосуванні. Автори підкреслюють, що нормальному рухові повинен передувати нормальний м'язовий тонус. З цієї метою терапевтичні зусилля мають бути спрямовані на релаксацію і зниження м'язового тонусу.

Основні цілі методики К. & В. Bobath полягають у наступному:

- нормалізація м'язового тонусу, порушення якого завжди присутнє у дітей з церебральним паралічем; тонус варіюється залежно від поз і рухів дитини;
- пригнічення активності ненормальних примітивних рефлексів;
- полегшення автоматичних реакцій вироста, рівноваги і захисної екстензії, чому сприяє попереднє зниження м'язового тонусу і корекція ненормальних примітивних рефлексів.

Методика Н. Kabat ставить за мету вироблення масових рухів за допомогою певних прийомів активізації мотонейронів спинного мозку, що здійснюють скорочення м'язів і базуються на досягненні максимальної рухової реакції такими шляхами:

- полегшення пропріоцепції (підвищення відчуття руху);
- скорочення м'язів шляхом здійснення максимального опору руху;
- залучення до руху якомога більшої кількості м'язових груп;
- використання рефлексу на розтягнення для збільшення подальшого довільного скорочення;
- послідовна зміна роботи м'язів-антагоністів [14, с. 23-25].

Вироблення вихідних положень лежить в основі методики V. Vojta [16, с. 251-252]. При цьому частина кінцівки фіксується. Спочатку рухи можуть виконуватися пасивно. Окремо проводиться тренування рухів руками й ногами, потім одночасно виконуються з сторонньою допомогою рухи верхніми й нижніми кінцівками та вправи в положенні лежачи на животі. Автор особливо звертає увагу на те, що починати лікування слід тоді, коли у дітей з церебральним паралічем ще є оборотність процесу.

G. Doman розробив методику розвитку рухової функції з урахуванням особливостей психомоторного руху [1, с. 17]. Він пропонує лікування вказаної функції мозку. Велика увага приділяється психомоторній і руховій функціям при проведенні занять і навчання.

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 V. Vojta [16, с. 251-252].

Заслужують на увагу результати досліджень ряду авторів останнього десятиріччя, які пропонують наступне:

- О.А. Мерзлікіна з метою корекції рухових порушень дітей церебральним паралічем здійснювати індивідуально-диференційований підхід [9, с. 66];

- Д. Воронін пропонує корекцію рухових розладів методом іпотерапії в системі комплексної реабілітації хворих з ДЦП [5, с. 3];

- С. Демчук фізичну культуру і спорт як засіб соціальної інтеграції і реабілітації інвалідів з ДЦП [9, с. 57].

Висновки. Практика роботи з дітьми з ДЦП вимагає аргументації використання засобів фізичної реабілітації, спрямованої на виправлення порушення функції, психічної відсталості розумово-відсталих дітей з церебральним паралічем, обумовлену раннім органічним ураженням головного мозку, яке затримує і порушує його постнатальне формування, і різними сенсорними (патологія зору, слуху, кінестетичного сприйняття) і мовними дефектами. У результаті систематичного застосування фізичних вправ організм краще пристосовується до поступово зростаючих навантажень, відбувається корекція виниклих у процесі хвороби порушень. Фізична реабілітація спрямована на ліквідацію інвалідності й ефективно впливає на соціальну адаптацію дітей з ДЦП.

Література:

1. Афанасьєв С. М. Фізична реабілітація дітей молодшого шкільного віку з церебральним паралічем, ускладненим сколіозом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.03 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / С. М. Афанасьєв; Національний університет фізичного виховання і спорту України. – К., 2008. – 18 с.
2. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Г. Н. Дунаевская, И.А. Скворцова. – К., 1983 – 160 с.
3. Бортфельд С. А. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд, Е. И. Рогачева. – Л. : Медицина, 1986. – 176 с.
4. Волкова С. С. Пропроецептивна корекція дітей 8–12 років, хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП) / С.С. Волкова, С. В. Батрак // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 10. – С. 193–195.
5. Воронін Д. М. Іпотерапія в фізичній реабілітації дітей віком 6–10 років з церебральним паралічем : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.03 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Д. М. Воронін; Львівський державний університет фізичної культури. – Л., 2009. – 20 с.
6. Гросс Н. А. Современные подходы к развитию двигательных навыков у детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и ДЦП / Н. А. Гросс, Ю. А. Гросс // Адаптивная физическая культура. – 2006. – № 4. – С. 46–48.
7. Качесов В. А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП / В. А. Качесов. – СПб. : ЭЛБН, 2003. – 111 с.
8. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1991 – 120 с.
9. Мерзлікіна О. А. Корекція фізичних вад підлітків 15-17 років з церебральним паралічем засобами фізичного виховання: дис. канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02 / Мерзлікіна Ольга Анатоліївна; Вінницький державний педагогічний університет ім. Михайла Коцюбинського. – Вінниця, 2002. – 199 с.
10. Мороз Л. В. Аналіз сучасної системи соціально-корекційної роботи серед дітей з наслідками церебрального параліча / Л. В. Мороз // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 3. – С. 71–73.
11. Семенова К. А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К. А. Семенова. – М.: Медицина, 1982. – 328 с.
12. Bobath K. Die motorische Entwicklung bei zerebral paresen. – Stuttgart: Thieme, 1983. – P.845.
13. Fay T. The results of treatment in cerebral palsy. – New York : C. Thomas publisher, 1989. – P. 24-26.
14. Kabat H. Proprioceptive facilitation // In: Lieht S. (ed), Therapeutic exercises, Baltimore: Waverley press. –Vol.3, ch.12. – 1958. – P. 23-25.
15. Phelps W.M. The rehabilitation of cerebral palsy. Southern medical journal, – Vol.34. – 1941. – P. 770-771.
16. Vojta V. Die cerebralen Bewegungsstörungen im saglingsalten. – Stuttgart:Tieme, Verlag, 1981. – 243 S.

Шкута Ю. М., Предаченко О. О.

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НЕЙРОХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ВНАСЛІДОК ВОГНЕПАЛЬНИХ І ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕНЬ

На основі теоретичного аналізу медичної літератури та спеціальної літератури з фізичної терапії автори акцентують увагу на тому, що у сучасний період майже відсутні наукові праці, які стосуються дозування фізичних навантажень, визначення сили паралізованих м'язів, впливу засобів фізичної реабілітації на реабілітацію осіб з нейрохірургічною патологією внаслідок вогнепальних і осколкових поранень, зокрема методик формування і вдосконалення соціально-побутових навичок хворих. Авторами вказується на актуальність та доцільність дослідження проблеми, пов'язаної з фізичною реабілітацією осіб з нейрохірургічною патологією внаслідок вогнепальних і осколкових поранень. У статті підкреслюється, що, враховуючи наявність локальних збройних конфліктів в нашій країні та в світі в цілому, з початком бойових дій на Сході України та проведенням АТО питання реабілітації військовослужбовців стало надзвичайно актуальним.

Ключові слова: фізична реабілітація, особи з нейрохірургічною патологією, вогнепальні та осколкові поранення.

Шкута Ю. Н., Предаченко О. О. Современный взгляд на проблему физической реабилитации лиц с нейрохирургической патологией в результате огнестрельного и осколочных ранений. На основе теоретического