

РОЗДІЛ 5.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НЕПОВНО-СПРАВНИХ ОСІБ

ДО ПИТАННЯ ПРО ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

ОЛЬГА МЕРЗЛКІНА

*Вінницький державний педагогічний університет
ім. Михайла Коцюбинського*

Проблеми дитячого церебрального паралічу (ДЦП) є однією із найбільш актуальних в дитячій неврології і реабілітації. Це обумовлено значним розповсюдженням ДЦП, складністю, багатогранністю клінічних проявів і патофізіологічних механізмів, тяжкістю і високим відсотком інвалідності, складністю в лікуванні і реабілітації дітей з такою патологією (А.Г. Глауров, 1959; К.А. Семьонова, 1972; Л.О. Бадалян, 1988; С.К. Євтушенко, 1993; В. Войта, 1981; М.С. Шумакер, 1994).

Згідно з державною звітністю МОЗ України перше місце серед дітей-інвалідів посідають діти з органічними пошкодженнями нервової системи (41,9 %), а серед нозологічних форм перевершує ДЦП. Частота його коливається від 1,6 до 4,2 випадків на 1000 новонароджених дітей. ДЦП займає третє місце після вроджених деформацій і поліомієліту. В Україні кожного року реєструється близько 3-х тисяч діагнозів ДЦП, поставлених вперше в житті (Н.Г. Гойда та ін., 1993).

Не зважаючи на те, що перший опис хворих з вродженим паралічем ми знаходимо в працях Гіппократа, Галена, в творах стародавнього мистецтва і літератури, в теперішній час проблемами етіології, патогенезу лікування і реабілітації хворих ДЦП займаються багато кафедр і клінік в Україні й за кордоном.

Разом з тим, засновником вивчення проблеми ДЦП вважається хірург-ортопед Little, який у своїх узагальнюючих роботах вказав на роль різних причин виникнення цього захворювання.

Праці Little проаналізував відомий австрійський невропатолог, психіатр і психолог Z. Freud (1897). Він висунув концепцію за якою ДЦП може виникнути в результаті як вроджених, так і травматичних факторів.

Corwell (1963) назвав біля 400 причин, які здатні викликати пошкодження нервової системи зародка.

Аналіз наукової і методичної літератури з проблем ДЦП дозволив нам узагальнити раніше вивчені причини, які викликають ДЦП і сформувані їх в таку класифікацію.

Класифікація причин, які викликають появу ДЦП (етіологія)**Глобальні причини:**

1. Пренатальні (внутріутробні або вроджені).
2. Натальні (пологові)
3. Постнатальні (післяпологові), які виникають в перші дні або місяці життя дитини і які залежать від різних факторів: інфекції, травми тощо.

1. Пренатальні, які викликають внутріутробні дефекти розвитку головного мозку

- токсикоз при вагітності;
- гострі або хронічні захворювання матері (сифіліс, туберкульоз та ін.);
- механічні травми матері в період вагітності;
- психічна травма матері в період вагітності;
- променева хвороба (рентгено опромінення);
- аноксія у матері;
- розвиток близнюків;
- пренатальні крововиливи у плоду;
- недоношеність плоду (передчасні пологи) та ін.

2. Натальні, які викликають родові крововиливи в головний мозок і його оболонки та виникають внаслідок:

- травми мозку (невдале застосування щипців під час родової діяльності);
- асфіксія і аноксія;
- неправильне положення плоду та ін.

1. Постнатальні (післяпологові) причини, які зумовлюють розвиток ДЦП:

- травми в перші дні і місяці життя дитини, які пов'язані з крововиливом в оболонки чи речовини головного мозку внаслідок ударів, струсів або стиснення мозку;
- інфекційні захворювання (менінгіти, енцефаліти);

- спазмофілія;
- променева хвороба;
- отруєння.

Із врахуванням ролі пренатальних факторів ризику при формуванні ДЦП, у багатьох розвинутих країнах розроблено медико-соціальні програми, які знижують можливість пошкодження мозку в пренатальному періоді. В останні роки різними клініками і кафедрами в Україні, в СНД і за кордоном проводяться розробки нових підходів до патогенезу і клініки ДЦП.

Виходячи із складності клінічних проявів ДЦП, у нас, насамперед, викликали інтерес рухові порушення, дефекти яких визначаються патологією м'язового тону, здатністю утримувати статичну і динамічну стійкість в різних положеннях, виконувати довільні рухи, необхідні для самообслуговування і активної життєдіяльності.

Як відомо, рухові дефекти виникають внаслідок порушення структурно-функціональних і нейрофізіологічних механізмів в організації рухової функції (В.В. Агнісенко й ін., 1981; Е.Е. Аржаніков, І.П. Белова, 1986). Вони проявляються в вигляді паралічів або парезів із зміною тону м'язів і сухожилкових рефлексів. Відсутність чутливості, в тому числі м'язово-суглобової, супроводжується гравітаційними розладами, при яких губиться відчуття ваги кінцівок та їх просторового положення. Хворий не може виконувати функціональні рухові дії, необхідні для життєдіяльності (Р.Д. Бабенкова, Л.І. Боброва, 1985).

Трофічні розлади призводять до розвитку гіпо- і атрофії, розпаду тканин з утворенням пролежнів, абсцесів, дегенеративних змін кісток, порушення діяльності внутрішніх органів, погіршення умов кровообігу. При цьому змінюються характер обміну, виникає гормональна перебудова, перерозподіляється вітамінний баланс, перебудовуються імунні реакції. В низці випадків під впливом вимушеного положення тіла можуть розвинути наступні порушення хребта: сколіоз, грубий кіфоз, S – подібний кіфосколіоз; наступає викривлення тазу (О.В. Богданов і ін., 1987).

Щоб запобігти захворювань, необхідне раннє лікування, яке повинне починатися з моменту народження і проводитися безперервно. Як показує досвід, це приводить до того, що 60 % дітей з тяжкими порушеннями нервової системи мають в подальшому незначні зміни в психомотрному і руховому розвитку. А досвід ведучих неврологічних клінік Українського центру реабілітації дітей з обмеженими порушеннями нервової системи свідчать про те, що сучасна діагностика і надання кваліфікованої медичної допомоги дітям з пошкодженням ЦНС в перші місяці життя в 75-80 % випадків попереджують виникнення стійкого органічного дефекту з боку нервової системи (О.В. Богданов, 1990).

Проблему ДЦП ми розглядаємо як медичну, так і соціальну, оскільки йдеться про десятки тисяч дітей, хворих з дня свого народження, і які є інвалідами майже все своє життя. Ці діти вимагають від суспільства і батьків великих матеріальних витрат, мужності, витривалості й терпіння.

Тому реабілітація хворих ДЦП переслідує дві основні задачі (Н.Б. Маньковський, 1987; А.Є. Руденко, 1991; Л.Є. Пелех, 1992; І.С. Зозуля, 1993; Свайдан Свід, 1993):

1. медико-біологічну, яка передбачає відновлення порушених функцій;

2. медико-соціальну і фізичну реабілітацію, яка передбачає пристосування хворих з ДЦП до самообслуговування і праці.

Разом з тим, у всьому світі дотепер немає ефективних методів лікування і реабілітації хворих ДЦП, практично не проводяться дослідження з ефективності використання в реабілітації хворих дітей засобів фізичного виховання (В.Г. Назаренко, 1967; С.А. Семенова, 1995; V. Voita, 1981; H. Matias, 1995; K. Helling, 1995; I. Relster, 1995).

Тому необхідність розробки ефективних методів лікування і реабілітації хворих ДЦП визначає актуальність детального вивчення цієї досить складної проблеми в науковому і практичному плані.

TO THE QUESTION ABOUT PHYSICAL REHABILITATION OF THE CHILDREN WITH CEREBRAL PARALYSIS

OLGA MERZLIKINA

This work makes the short analysis of and conclusion about the characteristic of children's diseases with cerebral paralysis. It gives the classification of the reasons which cause the CP, and it gives proof of actuality of the physical rehabilitation by means of physical training for the children with CP.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЄДНАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ТА ГРУПОВИХ МЕТОДІВ РУХОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

ТЕТЯНА ПРОСКУРИНА

Львівський державний інститут фізичної культури

Проблема лікування, реабілітації, життя інвалідів досить відкрито і гостро стоїть перед нашим суспільством. Надзвичайно актуальним і до останнього часу мало розробленим є питання довготривалої реабілітації інвалідів з дитинства, зокрема, дітей, хворих на ДЦП [3].