МОЛОДА СПОРТИВНА НАУКА УКРАЇНИ. 2007.
Актуальні проблеми фізичної реабілітації… Т.ІІ. С.17-22.

ВИКОРИСТАННЯ ЮМЕЙХО-ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОГРАМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ПІЗНІЙ РЕЗИДУАЛЬНІЙ СТАДІЇ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Р. БАННІКОВА, Ю. БАРДАШЕВСЬКИЙ

Національний університет фізичного виховання і спорту України
Житомирський економіко-гуманітарний інститут ВНЗ
Відкритий міжнародний університет розвитку людини „Україна”

Мета дослідження: встановлення ефективності вдосконалення програми фізичної реабілітації методикою юмейхо-терапії для осіб з церебральним паралічем.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати застосування юмейхо-терапії для корекції рухової сфери у осіб з церебральними паралічами в умовах навчального закладу.
2. Удосконалити комплексну програму фізичної реабілітації дітей з ДЦП методикою юмейхо-терапії і оцінити її вплив.

Методи досліджень:

1. Аналіз і узагальнення використаних науково-методичних джерел.
2. Тестування за допомогою шкали спастичності та тепінг-тесту.
3. Вивчення даних медичних карток осіб що навчаються.
4. Методи математичної статистики.

Анотація. Наведені дані про можливість вдосконалення традиційної програми фізичної реабілітації методикою юмейхо-терапії для осіб з церебральним паралічем.

Ключові слова*:* дитячий церебральний параліч, фізична реабілітація, юмейхо-терапія.

Постановка проблеми. В звітах Всесвітньої Організації Охорони Здоров’я зазначено зростання кількості дітей з вадами розвитку. На сучасному етапі розвитку українського суспільства особливої уваги потребують діти, хворі на дитячий церебральний параліч, кількість яких за останніми даними значно зросла і складає 43% від загальної кількості дітей із вродженими вадами розвитку [1].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є збірним терміном для групи непрогресуючих неврологічних розладів, які виникають внаслідок недостатнього розвитку (або пошкодження мозку) в ранньому онтогенезі та проявляється першу чергу, порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла [3, 5], що затрудняє оволодіння мовою, розвиток ковтання, ходи та багато інших функцій. Спільним для всіх хворих з церебральними паралічами є складнощі контролю над свідомими рухами та координування роботи м’язів. Через це навіть простий рух є складним для виконання. Проявлятися церебральні паралічі можуть підвищенням м’язового тонусу (гіпертонією або спастикою) або його пониженням (гіпотонією м’язів), а також неконтрольованими мимовільними рухами (гіперкінезами).

Поряд з руховими порушеннями у осіб з церебральними паралічами виявляються різноманітні психологічні і психічні порушення [6]. Рухові, психічні та мовні порушення важко піддаються корекції і нерідко стають підставою для тяжкої інвалідності. Інвалідність по ДЦП займає перше місце в структурі дитячої інвалідності [3].

Ґрунтуючись на клінічних проявах захворювання виділяють 3 стадії його плину. Перша, рання стадія ДЦП, нерідко закінчується відносно сприятливо. Друга стадія (хронічно-резидуальна) продовжується до 3-4 років і характеризується наростанням патологічних синергій, появою контрактур, дефектом постави, порушенням розвитку первинних слухових, зорових реакцій і уваги. Порушення психічного розвитку збільшується мовною патологією, що формується. Третя стадія (пізня, кінцева резидуальна) характеризується остаточним оформленням патологічного рухового стереотипу, організацією контрактур і деформацією на підставі неврологічних синдромів, що розгортаються протягом перших стадій захворювання.

© Баннікова Р., Бардашевський Ю., 2007

Для більшості дітей з церебральними паралічами підвищений тонус м‘язів є однією з головних проблем, бо саме він заважає формувати правильний руховий стереотип. Тому і нормалізація тонусу м‘язів для дитини з церебральним паралічем є одним із перших завдань при проведенні заходів з фізичної реабілітації [1, 4].

Для нормалізації м’язового тонусу широко використовують електростимуляцію [8]. За спостереженнями B. Bobath і K. Bobath нормальному рухові повинен передувати нормальний м‘язовий тонус і для досягнення цієї мети, терапевтичні зусилля повинні бути спрямовані на релаксацію та зниження м‘язового тонусу, що досягається укладанням дітей у „позу ембріона”, в якій виробляється правильна реакція опори [4]. Методика П. Бецман, А. Обхольцер полягає у проведенні вправ до максимальної втоми [4]. Новим ефективним напрямком лікування дітей з церебральними паралічами є верхова їзда чи райттерапія, внаслідок застосування якої спостерігається зменшення інтенсивності гіперкінезів, зменшення аддукторної спастичності [4]. Крім того пропонується метод адаптивного фізичного виховання – тандотерапія, що припускає освоєння рухових дій із примусовим виконанням рухів [4]. Традиційно, у боротьбі зі спастичністю використовується гідрокінезотерапія, яка дозволяє розслабити м‘язи, виробити рефлекторні зв‘язки, загартувати та зміцнити організм в цілому [8]. В той же час в поєднанні із засобами і прийомами традиційної медицини застосовуються так звані фізичні або маніпуляційні різновиди альтернативної медицини. Так, для зменшення спастичності є одночасне застосування пасивного розтягу спазмованих м‘язів у поєднанні зі стимуляційним масажем [4].

Як свідчить аналіз літературних джерел, реабілітація дітей з ДЦП тривалий процес і важливу роль у комплексі заходів належить саме фізичній реабілітації. На даний момент вже розроблено багато методик фізичної реабілітації для осіб з церебральним паралічем, але ці методики розроблені переважно для дітей першого року життя або для дітей дошкільного віку [1]. Питання комплексного застосування засобів фізичної реабілітації в умовах навчального закладу висвітлені недостатньо.

Враховуючи вищесказане, нам видалось перспективним для зменшення спастичності і оптимізації процесу реабілітації підлітків з ДЦП на пізній резидуальній стадії використати нетрадиційний засіб медицини – східну методику мануального впливу (юмейхо-терапію).

Мета дослідження: встановлення ефективності вдосконалення програми фізичної реабілітації методикою юмейхо-терапії для осіб з церебральним паралічем.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати застосування юмейхо-терапії для корекції рухової сфери у осіб з церебральними паралічами в умовах навчального закладу.
2. Удосконалити комплексну програму фізичної реабілітації дітей з ДЦП методикою юмейхо-терапії і оцінити її вплив.

Методи досліджень:

1. Аналіз і узагальнення використаних науково-методичних джерел.
2. Тестування за допомогою шкали спастичності та тепінг-тесту.
3. Вивчення даних медичних карток осіб що навчаються.
4. Методи математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводились у два етапи на базі Житомирського Вищого професійно-технічного училища. На першому етапі була розроблена методика корекції нормалізації тонусу та моторики дитини, і науково обґрунтовано її застосування.

На другому етапі була апробована методика для зниження спастики м‘язів, розвитку маніпулятивних функцій і визначена її ефективність

Досліджуваний контингент складав 69 осіб (39 чоловічої та 30 жіночої статі) у віці 15-20 років і розподілявся наступним чином: геміпаретична форма ДЦП – 27 осіб, спастична диплегія – 32 особи та гіперкінетична форма – 10 осіб. Усі досліджувані були розділені на 2 ідентичні групи. В основній групі (32 чоловіки) на заняттях використовувався метод юмейхо-терапії. Досліджуваним контрольної групи (37 чоловік) була призначена програма фізичної реабілітації, що передбачала здійснення тонізуючого впливу на паретичні м‘язи та релаксуючого впливу на м‘язи з підвищеним тонусом з використанням кінезотерапії, масажу, фізіотерапії, фітотерапії. Контрольна група слугувала в якості порівняння. Тривалість курсу реабілітації складала 3 тижні, на протязі яких було проведено 15 процедур юмейхо-терапії.

Під час проведення дослідження застосовувалась комплексна програма фізичної реабілітації, що включала кінезотерапію, масаж з диференційованим впливом на м‘язові групи підлітків з церебральними паралічами, фізіотерапію, фітотерапію а також м‘якотканинну методику юмейхо-терапії. Підбір елементів мануального впливу при тій чи іншій формі ДЦП здійснювався індивідуально.

Юмейхо – це метод мануального впливу, що являє єдиний технологічний ланцюг, що складається з прийомів біодинамічної корекції опорно-рухової системи з акцентом на виправлення дисбалансу тазових кісток і хребта, і що включає комплексну контактну дію у вигляді спеціальних прийомів масажу і остеокорекції.

Прийоми юмейхо по техніці виконання можна розділити на дві групи: масажні і остеокоригуючі. У класичному прочитанні, перші спрямовані на релаксацію м'язів, усунення, так званого, регіонального постурального м'язового дисбалансу і інтенсифікацію крово- та лімфотоку, а другі – на корекцію дисбалансу в ланках опорно-рухової системи.

За допомогою юмейхо-терапії досягається розвиток усіх сенсорних систем, зменшується спастика та гіперкінези, стимулюється функція паретичних м‘язів, збільшується рухливість хребта та суглобів верхніх та нижніх кінцівок, підвищується функція серцево-судинної системи, підвищується психоемоційний настрій [7].

Кінезотерапевтичні заняття були спрямовані на нормалізацію м‘язового тонусу (зміцнення ослаблених м‘язів та розслаблення спазмованих). Заняття проводились індивідуально та малогруповим способом щоденно на протязі трьох тижнів.

Класичний масаж був спрямований на покращення трофіки м’язової тканини, покращення умов діяльності нервових елементів та рецепторів обміну, стимуляцію функціональної активності розгиначів кінцівок і тулуба. Одночасно при цьому виникає гальмування антагоністів-згиначів, що і створює умови для розвитку правильної взаємодії м’язів-антагоністів [1, 4].

Зміна тонусу м‘язів визначалася за допомогою модифікованої шкали спастичності Ашфорт (по R. Bohannon, V. Smith, 1987; D. Wade, 1992) до та після курсу реабілітації.

Дана шкала проста та зручна. Найбільш достовірно по шкалі Ашфорта можна визначати зміну м’язового тонусу при русі у ліктьовому та колінному суглобах [2, 9].

За отриманими результатами по модифікованій шкалі спастичності Ашфорт пацієнти основної групи до початку курсу реабілітації мали середній бал 2,59 з 5 можливих (що склало 51,8%), після курсу – 1,75 (35%). Відповідно пацієнти контрольної групи до курсу реабілітації мали середній бал 3,16 (63,2%), після курсу – 2,73 (54,6%) (рис. 1). Таким чином, ефективність реабілітаційних заходів, що застосовувались у І групі, покращилась на 16,8%, а у ІІ групі – тільки на 8,6%.

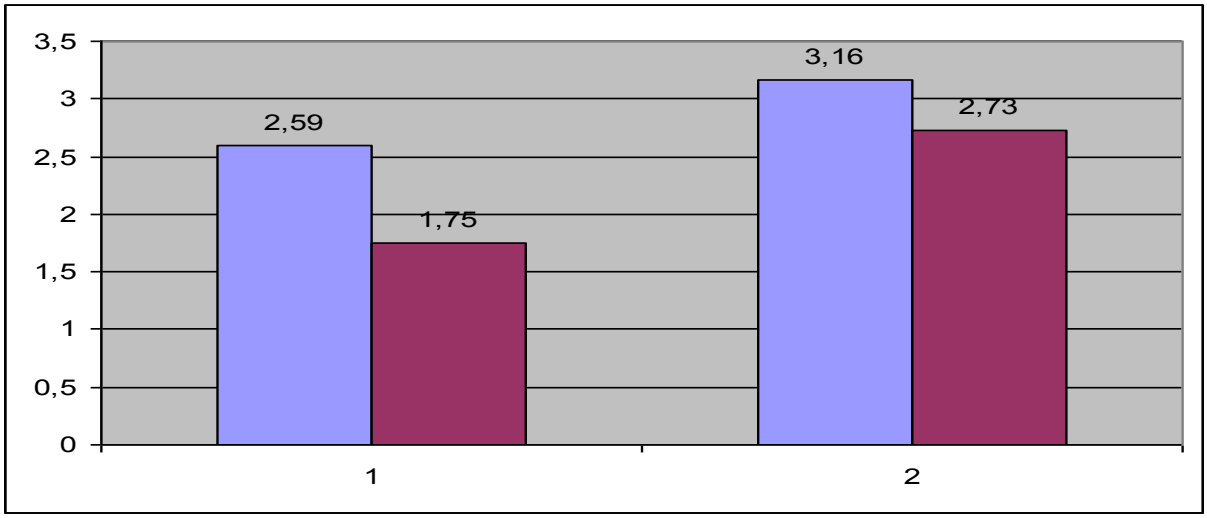

Рис. 1 Стан спастичності м‘язів до та після курсу реабілітації в осіб основної (1) та контрольної групи (2) по модифікованій шкалі спастичності Ашфорт

Окрім рівня спастики оцінювалась також сила центральної нервової системи методом тепінг-тесту.

Тепінг-тест (ТТ) є одним з методів, що дозволяють оцінити швидкісні характеристики рухового апарату, темп і стійкість моторної дії. Є.П. Ільін (1983) пропонує використовувати цей метод для оцінки такої індивідуально-типологічної характеристики, як сила-слабкість нервової системи [2].

Максимальні швидкісні показники людини (якість швидкості) у фізіології прийнято розуміти як прояв здатності здійснювати різного роду дії в мінімальний проміжок часу. Максимальний темп рухів, змінюючись при стомленні, гальмуванні, збудженні нервової системи, може служити індикатором функціонального стану людини.

За отриманими результатами по тепінг-тесту пацієнти основної групи до курсу фізичної реабілітації мали наступні середні показники : 28,5; 24,0; 17,72; 13,43, після курсу – 34,5; 32,6; 29,7; 25,84. Відповідно пацієнти контрольної групи до курсу реабілітації мали середні показники 28,49; 25,73; 21,73; 17,51, а після проведеного курсу – 31,49; 27,0; 23,51; 19,51 (рис. 2).

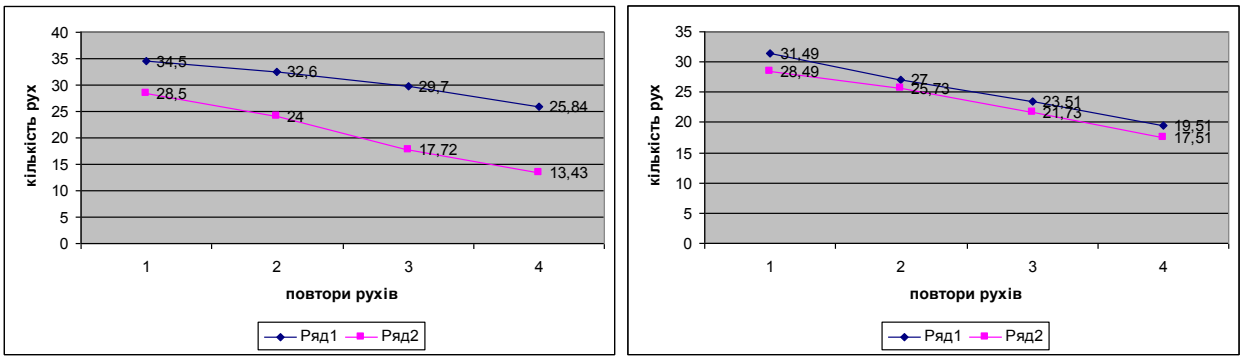

Рис. 2 Результати тепінг-тесту: а - в основній групі, б - в контрольній групі (ряд 1 – до курсу фізичної реабілітації, ряд 2 – після курсу фізичної реабілітації)

При аналізі отриманих даних тонус спастичних м‘язів знизився за результатами роботи у досліджуваних як експериментальної, так і контрольної групи але динаміка бальних показників у досліджуваних основної групи за тестуваннями була більш виразною при використанні юмейхо-терапії в комплексній програмі фізичної реабілітації осіб на пізній резидуальній стадії дитячого церебрального паралічу.

В цілому, можна констатувати, що результати експериментального дослідження підтверджують ефективність розробленої програми для підлітків з ДЦП і доцільність її удосконалення юмейхо-терапією.

Реабілітація осіб з дитячим церебральним паралічем в пізній резидуальній стадії має ряд суттєвих відмінностей, по-перше в зв‘язку з тим, що функціональний стан опорно-рухового апарату у обстежуваних підлітків в значній мірі відстає від вікової норми внаслідок характеру патології і низької рухової активності, по друге, в зв’язку з тим, що відновлення тієї чи іншої втраченої функції відбувається переважно за рахунок компенсаторно-пристосувальних процесів. Справа в тому, що в пізній резидуальній стадії патологічний руховий стереотип вже сформований, вторинні дистрофічні процеси спостерігаються в м‘язах, зв‘язковому апараті, суглобових хрящах, утворюються невриноми. Деформації кінцівок стійкі, органічно фіксовані, дуже важко піддаються корекції.

Тому загальноприйняті реабілітаційні програми, що включають ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури, фітотерапію недостатньо ефективні. Потрібен мультидисциплінарний підхід до рухового розвитку хворого. Розширити можливості відновлення порушених рухових функцій, а тим самим сприяти інтеграції в суспільство неповносправних осіб які хворіють на ДЦП можна шляхом вдосконалення існуючих комплексних програм реабілітації нетрадиційними методами, зокрема, методом юмейхо-терапії, диференційовано з обліком форми ДЦП, ступеню важкості рухових порушень, індивідуальних особливостей фізичного розвитку, вторинних відхилень.

Висновки

1. З аналізу літературних джерел випливає, що юмейхо-терапія – це метод мануального впливу, що поєднує дію стимуляційного масажу з остеокорекцією, і в зв'язку з цим передбачає доцільність її застосування для корекції рухової сфери при церебральних паралічах.
2. Використання юмейхо-терапії у комплексі реабілітаційних заходів у навчальному закладі для підлітків з дитячими церебральними паралічами дозволяє інтенсифікувати компенсаторно-пристосувальні процеси і сприяє нормалізації м'язового тонусу при ДЦП.

Література

1. *Бевзюк В.В., Степанюк С.І.* Фізична реабілітація дітей, які страждають дитячим церебральним паралічем. Метод. рекомендації. – Херсон, 2002. – 50 с.
2. *Белова А.Н., Щепетова О.Н.* Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
3. *Гросс Н.А.* Современные методики физической реабилитации детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / М.: Советский спорт. 2005 – 235 с.
4. *Кожевникова В.Т.* Современные технологии в комплексной физической реабилитации больных детским церебральным параличом. – М., 2005. – 240 с.
5. *Козявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С.* Детские церебральные параличи: Медико-психологические проблемы. – Львів: Українські технології, 1999. – 144 с.
6. *Литаш Н.Л.* Адаптивная физическая культура: психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии. – М.: Спорт Академ Пресс, 2002. – 140 с.
7. *Сайонджі М.* Лікувальний масаж Юмейго / Пер. з есперанто. – Тернопіль, 1995. – 152 с.
8. *Усакова Н.А., Красильникова Р.Г.* Физические факторы в лечении детских церебральных параличей. – М.: Сов.спорт, 2006. – 192 с.
9. *Wade D.T.* Measurement in neurological rehabilitation. – Oxford University Press, 1992.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЮМЕЙХО-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОЗДНЕЙ РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Р. БАННИКОВА, Ю. БАРДАШЕВСКИЙ

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины
Житомирский экономико-гуманитарный институт ВУЗ
Открытый международный университет развития человека «Украина»

Цель исследования: определение эффективности усовершенствования программы физической реабилитации методикой юмейхо-терапии для лиц с церебральным параличом.

Задачи исследования:

1. Обосновать применение юмейхо-терапии для коррекции двигательной сферы у лиц с церебральными параличами в условиях учебного заведения.
2. Усовершенствовать комплексную программу физической реабилитации учащихся с ДЦП методикой юмейхо-терапии и оценить её влияние.

Методы исследований:

1. Анализ и обобщение использованных научно-методических источников.
2. Тестирование с помощью шкалы спастики и теппинг-теста.
3. Изучение данных медицинских карточек учащихся.
4. Методы математической статистики.

Аннотация. Приведены данные о возможности усовершенствования традиционной программы физической реабилитации методикой юмейхо-терапии для детей с церебральным параличом.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, физическая реабилитация, юмейхо-терапия.

USING YUMEIHO-THERAPY WITHIN THE PHYSICAL REHABILITATION PROGRAM AT THE LATE STAGE OF CHILDREN'S CEREBRAL PALSY

R. BANNIKOVA, Y. BARDASHEVSKYY

National University of Physical Education and Sport of Ukraine
Zhytomyr Institute for Economics and Humanities of the "University "Ukraine"

The aim: the definition of the program with physical rehabilitation with the help of yumeiho-therapy for people with cerebral palsy effectiveness improvement.

The tasks:

1. To explain scientifically the usage of yumeiho-therapy for correction of motion function for people with cerebral palsy within educational establishments.
2. To improve the comprehensive program of physical rehabilitation of children with cerebral palsy with the help of yumeiho-therapy and estimate its influence.

Methods of the study:

1. The analysis and generalization of scientific sources, used in the study.
2. Testing with the help spastic scale and tapping-test.
3. Studying the data of medical records of students and schoolchildren.
4. Math statistic's methods.

Abstract. The article presents the description of the results of classic rehabilitation program usage with yumeiho-therapy at the late stage of children with cerebral palsy.

Key words: cerebral palsy, physical rehabilitation, yumeiho-therapy.