



основній групі так і в групі порівняння, проте у пацієнтів основної групи відбулися вірогідно ($P < 0,05$) більші зміни ніж у пацієнтів групи порівняння за такими показниками: за Індексом активності повсякденного життя Бартела (Barthel ADL Index) незалежність пацієнтів у повсякденному житті та у самообслуговуванні збільшилась на 33,5%; за Шкалою Інсульту, розробленою американським Національним Інститутом Здоров'я (NIH Stroke Skale) показники пацієнтів основної групи покращились на 16%; за Шкалою оцінки психічного стану (Mini-Mental State Examination) та за результатами Госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale) за час проходження фізичної реабілітації за експериментальною методикою, показники орієнтації в часі і просторі покращились на 25%, короткотермінової пам'яті – на 16,5%, уваги – на 26%, довготривалої пам'яті – на 26,4% і мовної функції – на 17,7%; рівень депресії і тривоги пацієнтів знизився; рівень спастичності у пацієнтів, які займались за експериментальною методикою знизився на 11%, що сприяло збільшенню амплітуди рухів і сили м'язів.

Висновки. Результати обстежень дають змогу стверджувати, що застосування запропонованої методики дозволяє за короткий термін покращити порушені функції і допомогти хворим повернутися до активної повсякденної діяльності, що свідчить про її ефективність.

Література:

1. Агафонов С. Функціональний стан осіб другого зрілого віку, які перенесли ішемічний мозковий інсульт, на першому етапі раннього відновного періоду / Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Є. Приступи. Львів, 2014. Вип. 18, т. 3. С. 4-6.
2. Андріюк Л. В. Додаткові можливості корекції розладів неврологічних функцій у пацієнтів з наслідками геморагічного інсульту / Л. В. Андріюк, І. В. Магулка // Медична гідрологія та реабілітація. – ПрАТ «Трускавецькурорт». – Т. 13. – № 1-3. – 2015. – С. 24-35.
3. Віничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту / С. М. Віничук, М. М. Прокопів, Т. М. Черенько // Український неврологічний журнал. – 2014. – № 1. – С. 3-10.
4. Воронін Д. М., Павлюк Є. О. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи: навч. посібник. Хмельницький: ХНУ, 2011. 143 с.
5. Потокій В. С. Метод відновлення рухової функції у осіб із спастичністю м'язів після інсульту / Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2014. № 3. С. 53-56.
6. M.N.Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V., Ivanova G.E. Occupational therapy for rehabilitation of neurological patients. Consilium Medicum. 2016; 18.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2018 р.

**Нрыбок N.M.
Duzhyi D.I.**

**Грыбок H.M.
Дужий Д.І.**

THE ROLE OF ERGOTHERAPY IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH CHILDREN'S CEREBRAL PARALICITY

The article considers the role of ergotherapy in the rehabilitation of children with cerebral palsy. The theoretically grounded program of complex rehabilitation of children



with cerebrovascular disease on the basis of ergotherapy. The features of ergotherapy with children of preschool and junior school age with spastic forms of cerebral palsy are revealed.

Key words: *ergotherapy, children, cerebral palsy, labor therapy, correction of motor functions, program of ergotherapy.*

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ДЦП

У статті розглянута роль ерготерапії при реабілітації дітей із дитячим церебральним паралічем. Теоретично обґрунтована програма комплексної реабілітації дітей з ДЦП на основі ерготерапії. Розкриті особливості занять ерготерапії з дітьми дошкільного і молодшого шкільного віку зі спастичними формами церебрального паралічу.

Ключові слова: *ерготерапія, діти, дитячий церебральний параліч, працетерапія, корекція рухових функцій, програма ерготерапії.*

Постановка проблеми. У наш час велика кількість дітей хворіє на дитячий церебральний параліч (далі – ДЦП). Це пов'язано із низкою різноманітних причин. Важливо знати, що процес лікування та реабілітації дітей необхідно починати на ранніх стадіях. Миттєва реакція на проблеми, які пов'язані із здоров'ям у дітей із ДЦП у свою чергу спричинить позитивні наслідки у майбутньому. Особливу увагу при здійсненні реабілітації дітей необхідно звернути на ерготерапію, яка є на сьогодні актуальною та спричиняє позитивні результати за невеликий проміжок часу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Ерготерапія як реабілітаційна технологія привертає увагу науковців і практиків. Зокрема роботи Остапенко Г. О., Панчишної О. К., Циганок О. В. присвячені дослідженню використання ерготерапії в комплексній реабілітації дітей 11-12 років із дитячим церебральним паралічем. Аналіз науково-методичної літератури показав, що рання і систематична корекція рухових порушень, здійснювана в єдиному комплексі лікувально-педагогічних заходів для дітей з дитячим церебральним паралічем, сприяє попередженню і подоланню багатьох ускладнюючих порушень і виявленню компенсаторних можливостей дитячого мозку.

Метою статті є розробка програми ерготерапії для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку зі спастичними формами церебрального паралічу.

Об'єкт дослідження – ерготерапія при реабілітації дітей з ДЦП.

Предмет дослідження – експериментальна програма ерготерапії для дітей з ДЦП.

Методи дослідження – аналіз наукової літератури, педагогічне спостереження, анкетування, визначення рухових можливостей рук за експрес-методикою К. Семенової; оцінювання показників сформованості навичок самообслуговування.

Виклад основного матеріалу. Захворювання на ДЦП є актуальною проблемою в дитячій неврології. За останні 40 років у всьому світі збільшилося число інвалідів дитинства з діагнозом ДЦП і становить 1,88 випадку на 1000 дітей. Тяжкість інвалідизації у 20-35% хворих виявляється настільки значною, що вони не можуть обслуговувати себе, пересуватися, важко навчаються [2].

Різнорізані засоби фізичної реабілітації з корекції основних рухових функцій є важливою частиною загальної системи виховання, навчання дітей з церебральним паралічем і адаптацією їх у сучасному у суспільстві.



О. М. Мастюкова дає таке визначення ДЦП: «Термін ДЦП позначає групу рухових розладів, що виникають при ураженні рухових систем головного мозку і виявляються в недоліку або відсутності контролю з боку нервової системи за функціями м'язів» [6].

За Л. О. Бадалян, дитячі церебральні паралічі – це група патологічних синдромів, що виникають унаслідок внутрішньоутробних, родових або післяродових уражень мозку і виявляються у формі рухових, мовних і психічних порушень [2].

За останні 15 років лікування таких хворих дітей показало, що тільки комплексне систематичне лікування може значно поліпшити загальний стан дитини. Це стало можливим завдяки тому, що були розроблені різні методи моторного перенавчання дітей (методи Бобат, Козявкіна, Кебот, Феліс, Семенової), які дозволяють значно знизити ступінь інвалідності або навіть усунути її [4].

Основними напрямками роботи з корекції рухових порушень є формування навиків самообслуговування, розвиток практичної діяльності і підготовка руки до аркуша. При цьому важливо пам'ятати, що опанування рухових навиків відбувається поетапно і вимагає великого часу. Для здобуття позитивного реабілітаційного ефекту в дітей з ДЦП необхідна тривала і наполеглива робота [5].

У контексті корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення рухових функцій у дітей із церебральним паралічем ерготерапія спрямовується на:

- покращення координації рухів;
- нормалізацію розподілу тонузу в м'язових групах верхніх кінцівок;
- зміцнення слабких м'язів;
- вироблення стереотипу правильного ортостатичного положення тіла;
- пригнічення патологічних рефлексів, гіперкінезів, синкінезій;
- формування предметно-маніпулятивної функції; профілактику патологічних установок і контрактур [1, 4].

Розроблена програма працетерапії для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку зі спастичними формами церебрального паралічу реалізовувалася за напрямками: - самообслуговування; - соціально-побутова орієнтація; - творчо-продуктивні види діяльності; - елементарні трудові операції; - тематичні ігри-маніпуляції з предметами для розвитку дрібної моторики.

Організаційно-методичне забезпечення занять з працетерапії передбачало врахування таких педагогічних аспектів.

1. Працетерапія реалізовується на підставі основних педагогічних принципів: ранній початок проведення; систематичність, доступність та поступовість застосування трудових процесів; відповідність їх інтелектуальним і руховим можливостям дитини.

2. Результатом працетерапії є цілеспрямоване вироблення певного продукту праці або виконання трудового завдання. Отже, праця дитини повинна бути результативною і дитина повинна бачити результати своєї діяльності.

3. Метою підвищення мотивації дитини до діяльності доцільно на підставі попередньо проведених бесід з нею та її ближнім соціальним оточенням з'ясувати інтереси, нахили, побажання дитини. Це дозволить підвищити ефективність працетерапії за рахунок включення в окремі заняття виду діяльності, у якому дитина може виявити свої здібності та творчий потенціал (малювання, ліплення, аплікація тощо).

4. Для активізації дітей доцільно розробити систему заохочень (винагород) за результативну діяльність. При цьому дитина повинна розуміти за що конкретно її



похвалили (винагородили): уважність, старанність, швидкість виконання, правильність, творчий здобуток, дотримання методики виконання, кінцевий результат тощо. Наприкінці заняття доцільно провести виставку робіт дітей.

5. У процесі залучення дітей до колективної роботи необхідно створити максимально позитивну (доброзичливу) емоційну атмосферу, виключити елементи змагання серед дітей.

6. Для підвищення зосередженості уваги дитини на виконанні трудового завдання бажано усунути додаткові зовнішні подразники (тиша, не надто яскраве освітлення, оптимальна температура повітря тощо).

7. Робочий матеріал, окремі деталі виробу для працетерапії доцільно добирати більш яскравими, кольоровими, різної фактури. Це сприятиме стабілізації зацікавленості й уваги, позитивній психоемоційній мотивації та дозволить додатково розширити діапазон завдань з розвитку дитини: вивчення кольорів та їх відтінків, удосконалення тактильно-рухової чутливості тощо.

8. У випадку явних ознак втоми в дитини (значне зниження уваги, посилення спастичності м'язів, виражена дискоординація рухів, гіперемія або блідість обличчя, відмова від виконання) необхідно провести фізкультхвилинку з метою усунення психофізичного напруження, загальну релаксацію під заспокійливу музику, бесіду з дитиною на цікаву для неї тему тощо.

9. Особливістю терапії працею є насамперед вироблення у дитини з церебральним паралічем правильної робочої пози, яка сприятиме розслабленню спастичних м'язів. До таких поз відносяться положення стоячи з опорою рук на поверхню столу; положення стоячи з опорою рук, тулуба і ніг; положення сидячи з опорою голови і тулуба на високу спинку стільця і з опорою рук на стіл; положення сидячи з фіксацією стоп (при гіперкінезах) [3].

10. Навчання дитини техніки трудової діяльності необхідно здійснювати за схемою: показ способу виконання трудової операції (розчленованої на окремі прості елементи), пояснення трудового завдання з наочною демонстрацією (прямою та опосередкованою – плакати, малюнки, зразки тощо), пасивне відтворення основних робочих рухів, пасивно-активне виконання (напівсамостійне), самостійне виконання зі супроводжувальним поясненням (вказівками, поправками тощо).

11. На початкових заняттях використовується робота, що вимагає простої біманіпуляції (розгладження, складання бавовняного матеріалу, паперу), далі – робота з покращення координації рухів; дітям пропонують трудові операції, що вимагають виконання різних дій лівою і правою руками.

12. З метою пригнічення насильницьких рухів (синкінезії, гіперкінези) доцільно використовувати спеціальні пристосування, а саме: крісло з широкими підлокітниками, високою спинкою, головоутримачем, нотною підставкою з фіксуючими ремнями для спини; пристосування, що фіксують руку дитини до інструмента; інструменти з обтяженням [7].

Структура заняття з працетерапії:

- вступна частина (5-10 хв.): вправи для зниження спастичності м'язів верхніх кінцівок з елементами самомасажу; ознайомлення дітей з видом діяльності та тематикою заняття;

- основна частина (20-30 хв.): виконання конкретного завдання;

- заключна частина (3-5 хв.): релаксаційні вправи; підведення підсумків діяльності.

Самообслуговування. У процесі занять з формування (удосконалення) навичок самообслуговування приділялася увага таким моментам:



- навички прийому їжі (пиття із чашки; користування ложкою, виделкою);
- навички вдягання-роздягання (взуття, одяг, застібування-розстібування);
- навички особистої гігієни (умивання, миття рук із милом, чищення зубів, сушка волосся феном, розчісування, користування носовою хустинкою, користування туалетом тощо).

Формування в дітей зі спастичними формами церебрального паралічу навичок самообслуговування здійснювалося у три етапи. Перший етап був зорієнтований на формування загального уявлення про дію (пояснення, опис, показ), що забезпечувалося спеціальними прийомами навчання, які включали: - пояснення сутності та призначення трудової дії;

- показ виконання цілісної дії;
- показ послідовного виконання окремих елементів (операцій) трудової дії з детальним описом кожної операції;
- спільне виконання послідовних операцій (елементів) трудової дії, за необхідністю пасивне і пасивно-активне виконання;
- виконання послідовних елементів рухової дії разом із педагогом: дитина діє за словесною інструкцією і за зразком, наслідуючи рухи педагога, який у разі потреби надає допомогу у відтворенні окремих елементів.

На другому етапі здійснювалося напівсамостійне виконання рухової дії: дитина виконувала послідовні елементи трудової дії за словесною інструкцією педагога з унесенням необхідних поправок.

На третьому етапі дитина самостійно виконувала рухової дії під контролем педагога, промовляючи вголос кожну операцію.

Формування навичок побутової орієнтації спрямовувалося, окрім вирішення спеціальних завдань, на забезпечення самостійності дитини у повсякденному житті. Цей напрям працетерапії передбачав навчання дитини:

1. користуватися побутовими приладами, а саме:

- замикати і відмикати різні замки, дверні защіпки тощо;
- користуватися змішувачами та вмикачами світла;
- вміти закрутити і відкрутити гвинти на болтах різного діаметру;
- користуватися телефоном: домашнім (з круглим диском, кнопковим) і мобільним;
- відкривати-закривати різні коробки, пляшки тощо;

2. виконувати повсякденну домашню роботу:

- мити посуд;
- сервірувати стіл («Чекаємо гостей»);
- витирати пил, підмітати;
- прати білизну, віджимати її, розвішувати;
- прасувати білизну;
- прибирати своє робоче місце.

Навички побутової орієнтації відпрацьовувалися у повсякденному житті і на спеціальних стендах із зафіксованими на ньому різними змішувачами, замками з відповідними до них ключами, вмикачами світла, різними дверними защіпками, болтами з відповідними гвинтами, телефонними дисками, мотузками з кольоровими прищіпками тощо. Заняття, що передбачали засвоєння навичок домашнього господарства проводилися у вигляді тематичних занять з елементами гри.

Серед творчо-продуктивних видів діяльності, що використовувалися на заняттях працетерапії, надавалася перевага тим, кінцевий продукт яких виявляв



соціальну значимість, був суспільно-корисним, включаючи значущість для самої дитини.

До занять з працетерапії залучалися такі види творчо-продуктивної діяльності:

- ліплення з пластиліну різної цупкості (вазони, чашки, тарілки, кулічі, пиріжки для ляльок, іграшки для маленьких дітей тощо);
- виготовлення сувенірів для близьких, друзів із природного матеріалу (каштани, мушлі, квасоля, макарони, бісер, гречка тощо);
- вирізання серветок із паперу, тканини;
- виготовлення прикрас (буси, браслети, персні й ін.) із бусин та бісеру;
- виготовлення різного розміру конвертів та паперових коробок із аплікаціями або малюнками для зберігання власних речей (прикраси, листівки й ін.).

Нескладні трудові процеси вводилися до занять з працетерапії в якості розминки та фізкультпауз (-хвилинок), а також поєднання кількох елементарних операцій виносилися в окреме заняття.

На заняттях з працетерапії застосовувалися такі нескладні трудові операції:

- змотування ниток у клубки;
- сортування різних дрібних предметів за розміром, кольором, фактурою, видом матеріалу в різні ємкості;
- складання різних розбірних предметів-іграшок;
- висаджування квітів у вазони;
- наклеювання марок на конверти;
- комплектування у коробки різних предметів (кубики, доміно, цукор-рафінад, диски тощо);
- складання рушничків, серветок, носових хустинок тощо.

Ігри-маніпуляції з предметами для розвитку дрібної моторики. Такі ігри спрямовувалися, насамперед, на розвиток координації тонких рухів рук (дрібної моторики).

Дослідження ефективності експериментальної програми здійснювалося за результатами оцінювання функціонального стану верхніх кінцівок, що передбачало застосування таких методів: визначення рухових можливостей рук за експрес-методикою К. Семенової; оцінювання показників сформованості навичок самообслуговування.

У теперішній час все більше варто звертати увагу на методи ерготерапії і застосовувати її все частіше при здійсненні процесу відновлення рухових дій, особливо у дітей із ДЦП.

Перспективи подальших досліджень. Зазначена проблема потребує здійснення подальших наукових досліджень, особливо щодо реабілітації дітей із ДЦП. На даний час ерготерапія є надзвичайно актуальною при здійсненні заходів із лікування та реабілітації дітей із ДЦП.

Список використаної літератури:

1. Багрій Іванна. Заняттєва терапія як напрям професійної діяльності / Іванна Багрій // Педагогіка та психологія професійної освіти. – 2014. – №1. – С. 158-166.
2. Бадалян Л. О. Невропатологія / Л. О. Бадалян. М.: Изд. центр «Академія», 2003. 368 с.
3. Белова А.Н. Нейрореабілітація: Руководство для врачей. – М.: Антидор, 2003. – 568 с.



4. Вроджені вади розвитку центральної нервової системи – нагальна медико-соціологічна проблема державного значення // Укр. мед. Часопис. – 2010. № 6. – с. 35–37.

5. Эрготерапия (Occupational Therapy) – новая профессия в сфере реабилитации для Украины – [електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ua.ua.info/mamforum_arch/theme/516316.html.

6. Кукса Н. В. Працетерапія як засіб відновлення функцій рук у дітей із церебральним паралічем / Корекційна та соціальна педагогіка і психологія. 2013. № 23. – С. 148–158.

7. Таран І.В. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи / І.В.Таран, Ю.Валюшко // Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали VI Всеукр. наук.- метод. конф. – Херсон, 2016. – С. 292–298.

Стаття надійшла до редакції 20.11.2018 р.

**Grinishak D.O.
Kuksa N.V.**

**Гринішак Д.О.
Кукса Н.В.**

COMPLEX REHABILITATION OF PERSONS AFTER HYPERTENSIC CRISIS

The article presents the research results of the effectiveness of a physical rehabilitation' comprehensive program of individuals after an uncomplicated hypertensive crisis.

Keywords: *rehabilitation, hypertensive crisis, arterial hypertension, physical rehabilitation program, research results.*

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ГІПЕРТЕНЗИВНОГО КРИЗУ

У статті представлено результати дослідження ефективності комплексної програми фізичної реабілітації осіб після неускладненого гіпертензивного кризу.

Ключові слова: *реабілітація, гіпертензивний криз, артеріальна гіпертензія, програма фізичної реабілітації, результати дослідження.*

Постановка проблеми. Проблема гіпертензивних кризів (ГК) залишається на сьогодні актуальною, зважаючи на тяжкі наслідки та ускладнення цієї патології. Загрозливими ускладненнями ГК є гіпертонічна енцефалопатія, гостре порушення мозкового кровообігу, гостра ниркова недостатність, інфаркт міокарду, гостра декомпенсована серцева недостатність, розшарування аневризми аорти [1].

ГК характеризується раптовим значним підвищенням АТ від нормального або підвищеного рівня, яке майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів мішеней або вегетативної нервової системи. Гіпертензивні кризи, як ускладнені, так і неускладнені, потребують надання невідкладної медичної допомоги для попередження або обмеження ураження органів-мішеней. Ускладнений ГК є станом, який безпосередньо загрожує життю хворого. За відсутності лікування смертність пацієнтів з ускладненим ГК сягає 70–80 % протягом першого року після кризу [2]. Водночас адекватний контроль артеріального тиску (АТ) дозволяє знизити цей показник до 10 % [2].