



Yeremenko-Kliuieva D.M.  
Liannoi Yu.O.

Єременко-Клюєва Д. М.  
Лянной Ю. О.

## PHYSICAL THERAPY AND ERGOTHERAPY OF 10-12 YEARS OLD CHILDREN WITH CONSEQUENCES OF CEREALES

*In the article the features of application of physical therapy and ergotherapy for children with cerebral palsy in conditions of rehabilitation center are considered.*

**Key words:** *pediatric cerebral paralysis, physical therapy, ergotherapy, disability.*

### ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ДІТЕЙ 10-12 РОКІВ З НАСЛІДКАМИ ДЦП

*У статті розглянуто особливості застосування фізичної терапії та ерготерапії для дітей з церебральним паралічем в умовах реабілітаційного центру.*

**Ключові слова:** *дитячий церебральний параліч, фізична терапія, ерготерапія, інвалідність.*

**Постановка проблеми.** Дитячий церебральний параліч (ДЦП) відноситься до числа досить поширених захворювань, що призводять до різного ступеня вираженості дитячої інвалідності. Як показують дослідження, в останні роки тенденції до зниження захворюваності не відзначається. Разом з тим, у всіх країнах світу ДЦП займає одне з провідних місць в структурі хронічних захворювань дітей і дорослих. Проблема відновлення порушених функцій у хворих з дитячим церебральним паралічем не втрачає своєї актуальності [2].

На сьогоднішній день не існує чіткої системи ліквідації даної патологічної домінанти центральної нервової системи (ЦНС), однак є багато реабілітаційних програм, направлених на корекцію даного захворювання [1]. Це визначає необхідність пошуку нових підходів і методів, спрямованих на оптимізацію відновлюваних впливів. Одним з інноваційних методів реабілітації осіб з обмеженими можливостями є фізична терапія та ерготерапія. В даній роботі ми розкриємо роль фізичної терапії та ерготерапії в комплексній системі реабілітації дітей з діагнозом Дитячий церебральний параліч [5].

#### **Аналіз останніх досліджень і публікацій.**

Турбота про здоров'я дітей в нашій державі складає одну з найважливіших сторін діяльності органів охорони здоров'я і суспільних організацій, тому пошук нових доступних та більш ефективних методів фізичної реабілітації є необхідним [6]. Найбільш широко проблемою реабілітації хворих на ДЦП займалися такі науковці, як Л. О. Бадалян, К. і Б. Бобат, С. О. Бортфельд, В. Войта, В. І. Козьявкін, О. М. Мастюкова, К. О. Семенова, А. Петьо, Н. Р. Фінні й ін. Актуальність проблеми, її практична значущість зумовили вибір теми дослідження.

**Мета** – розробити та впровадити програму фізичної терапії та ерготерапії дітей 10–12 років з наслідками ДЦП в умовах реабілітаційного центру.

**Методи та організація дослідження.** Узагальнення та систематизація літературних джерел з даного питання; аналіз науково-методичної та спеціальної літератури при даній патології.



**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження проводилося на базі дитячого реабілітаційного центру «Майбутнє» імені Б. Д. Литвака в місті Одеса. Під нашим спостереженням перебувало 20 дітей у віці 10–12 років з дитячим церебральним паралічем (переважною формою захворювання був спастичний парапарез середнього ступеня важкості (56 %), спастичний геміпарез (19 %) і спастичний тетрапарез (25 %)). Дітей було поділено на дві групи – основну (12 осіб) і порівняльну (8 осіб), які проходили 2 курси реабілітації (по 36 календарних днів). Реабілітаційна програма включала використання лікувального масажу, лікувальної гімнастики, фізіотерапії, використання функціонально-навантажувальних костюмів та ерготерапії. Так як, програма фізичної реабілітації розроблялася для спастичних форм ДЦП то до основної групи увійшло 4 дитини з основним діагнозом ДЦП, спастичний парапарез, 3 дитини – спастичний геміпарез легкого ступеню та 5 дітей – спастичний тетрапарез. Дана група проходила курс реабілітації за нашою програмою.

Для оцінювання ефективності розробленої програми була створена порівняльна група, кількістю 8 дітей, віком від 10 до 12 років. До порівняльної групи входили діти хворі на спастичні форми ДЦП – 4 на спастичний парапарез і 4 на спастичний геміпарез легкого ступеню. Порівняльна група проходила курс реабілітації за стандартною програмою відділення реабілітації дітей – інвалідів.

У розробленій нами комплексній програмі фізичної терапії та ерготерапії реалізувалися такі основні завдання: зниження гіпертонусу м'язів, зміцнення ослаблених м'язів; поліпшення рухливості у суглобах, корекція порочних установок ОРА; поліпшення координації рухів і рівноваги; стабілізація правильного положення тіла, закріплення самостійного стояння; розширення загальної рухової активності дитини; тренування вікових рухових навичок; навчання разом з вихователями і батьками навичкам самообслуговування, засвоєння основних видів побутової діяльності з врахуванням розумового розвитку дитини.

Запропоновану програму реабілітації від стандартних наявних програм відрізняв комплексний підхід до вирішення проблеми реабілітації хворих на церебральний параліч. У програмі приділено увагу реабілітації дитини в між курсовий період вдома.

**Кінезіотерапія.** Для вирішення поставлених завдань використовуються такі групи вправ: вправи на розслаблення, ритмічне пасивне трушення кінцівок, махові рухи, динамічні вправи; пасивно-активні і активні вправи з полегшених вихідних положень, (сидячи, лежачи), вправи на м'ячі великого діаметра; вправи з предметами під музику, перемикання на нові умови діяльності, розвиток виразності рухів; вправи в різних видах ходьби: високо, низько, «слизько», «жорстко», з підштовхуванням; вправи для голови у вихідних положеннях, сидячи, стоячи; прийняття правильної постави біля опори із зоровим контролем; вправи в різних початкових положеннях перед дзеркалом; вправи для розвитку і тренування основних вікових рухових навичок: повзання, лазіння (по лавці), біг, стрибки (спочатку на міні-батуті), метання; вправи в русі з частою зміною вихідного положення; ігрові вправи: «як я одягаюся», «як я роблю зачіску» і так далі [4].

Заняття з кінезіотерапії проводили малогруповим методом 5 разів на тиждень, протягом 10 місяців курсами по 20 днів з перервами у 10 днів.

**Ерготерапевтичні заняття.** Ерготерапевтичні заходи були направлені на відновлення фізичної незалежності та добір оптимальної повсякденної активності. Проводились заняття для розвитку дрібної моторики рук із застосуванням тренажерів, через дрібний ремонт одягу і різні види творчої діяльності. Реалізувались програми з



основ приготування їжі і відновленні навиків самообслуговування, трудовому навчанні. Заняття були направлені на розширення життєвого простору дитини, формування і закріплення навиків соціально-побутової адаптації.

Наприклад, для залучення в процес дрібних і середніх м'язів використовували вправи на вдосконалення або відновлення дрібної моторики (набрання номеру телефону, перекладання олівців та ін.). Також застосовували ліплення, збирання пазлів, конструктора, вирізання ножицями. Вибір вправ залежив від стану кінцівок і мети відновлення [3].

Всі вправи з дітьми (здатність користуватися ножицями, ложкою, одягатися) проводилися в ігровій формі. При цьому фахівець постійно знаходився в контакті з дитиною: показував, пояснював, супроводжував його і навчав навичкам використання предметів побуту. Кабінет для занять був оснащений сучасним обладнанням – спеціальними тренажерами різних видів: зігзаг, петля, спіраль, ролики, сходинки для пальців, різьбові каскади, побутової та технічний стенди, колесо тренажер для розробки рук «Капітан», та інші тренажери.

*Програма міжкурсового періоду*, залежно від стану та можливостей дитини, містила у собі: заняття на фітболі для зменшення спастичності м'язів та поліпшення рухових функцій; пасивні вправи для збільшення рухливості суглобів фізичні вправи для зміцнення м'язового корсету дитини; навчання моторних навичок, згідно з досягнутим дитиною рівнем.

*Фізіотерапія.* Парафіно-озокеритолікування: кюветно-аплікаційний спосіб, використовували суміш парафіну та озокериту (1:1) при  $t=50-54^{\circ}\text{C}$ ; аплікації на рефлекторно-сегментарні зони (C2-T5, L1-S1), м'яз верхніх та нижніх кінцівок, спини, на проекції суглобів.

Проводили через 2 год. після ЛГ, тривалість процедури 15-20 хв., курс – 10-15 процедур.

Проаналізувавши дані, отримані під час застосування обраних методів дослідження, які були використанні під час оцінки вихідних показників хворих в ОГ та ГП, а також при порівнянні їх із заключними показниками стану хворих наприкінці курсу реабілітації, встановлено позитивний вплив запропонованої програм фізичної терапії та ерготерапії.

Первинне дослідження виявило, що 56% дітей мали спастичний парепарез середнього ступеня важкості, 19% – спастичний геміпарез, 25% – спастичний тетрапарез. Причини захворювання на ДЦП були наступними. У 4 дітей (20 %) причиною захворювання стала анемія вагітних. У 5 дітей (25 %) у медичних картках зафіксована така причина розвитку ДЦП, як гіпертонічна хвороба матері під час вагітності. 6 дітей (30 %) – мали низьку масу тіла при народженні, що й стало спонукальним чинником розвитку захворювання. У 5 дітей (25 %) причиною був токсикоз другої половини вагітності у матері. Тестування за шкалою Бартела показало, що за різними пунктами шкали діти мали різні показники. Тестування за шкалою Ашворта показало, що у ОГ в середньому діти мали 2, 5 бали, у ГП у середньому дорівнювала 2,3 бали.

Наприкінці курсу, з метою перевірки ефективності розробленої програми фізичної терапії та ерготерапії, також було проведено повторне обстеження хворих обох груп, результати якого були значно кращими.

**Висновки.** Дитячий церебральний параліч є захворюванням головного мозку, яке виникає під впливом негативних факторів у пренатальний, натальний і постнатальний періоди. В центрі клінічної картини знаходяться рухові розлади, що



супроводжуються порушеннями функцій інших аналізаторних систем, а також мовлення і психіки. ДЦП розглядається як поліетіологічне захворювання, основна причина виникнення якого належить патології внутрішньоутробного розвитку [6].

Проаналізувавши науково-методичну літературу щодо проблеми виникнення захворювання у суспільстві, нами були проаналізовані етіологія та патогенез виникнення ДЦП, основні його форми та клінічні прояви. Клінічна картина різних форм ДЦП, дозволила визначити пріоритетні проблеми, які необхідно вирішити в процесі побудови комплексної програми фізичної терапії та ерготерапії для даного контингенту хворих [2].

Таким чином, можна дійти висновку, що застосування запропонованої комплексної програми фізичної терапії має позитивний вплив на організм хворих дітей з церебральним паралічем.

#### Література:

1. Гришуніна Н. Ю. Шляхи медико-соціальної реабілітації у дітей, хворих на церебральний параліч // Медичні перспективи. 2004. Том IX. № 3. С. 145-148.
2. Детская инвалидность в Украине / Н. М. Корнеев, С. Р. Толмачева, Т.В. Пересыпкина, Т. П. Сидоренко // З турботою про дитину. 2012. №5. С. 3-6.
3. Микитюк К. В. Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей / Слобожанський науково-спортивний наук.-теор. журн. Харків : ХДАФК, 2009. № 1. С. 147–150.
4. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е. В. Семёнова, Е. В. Клочкова, А. Е. Коршикова-Морозова, А. В. Трухачёва, Е. Ю. Заблоцкис; Москва: Лепта Книга, 2018. 584 с.
5. Рудська А.І., Солдатова О.С. Соціальна реабілітація дітей з діагнозом ДЦП методом іпотерапії / ВІСНИК НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право. 2013. № 4 (20). С. 107-113.
6. Таран І. В. Фізична реабілітація дітей 3-5 років з церебральним паралічем спастичної форми // Актуальные проблемы физического воспитания и спорта, здорового образа жизни и профессионально–прикладной физической подготовки : электрон. науч.-практ. конф. Одесса, 2013. С. 183-186.

Стаття надійшла до редакції 21.11.2018 р.

Ivnytskyi V.V.  
Zviriaka O.M.

Івницький В.В.  
Звіряка О.М.

#### PHYSICAL THERAPY OF SPORTSMENES WITH SPINNO-MUSCULAR CRUSHES OF THE SUPREME DEPARTMENT OF SPINNING

*In the article the features of the use of physical therapy devices for spinal hernias of the lumbar spine of athletes are highlighted and substantiated.*

**Key words:** hernia, complications, athletes, pain syndrome, pathology.

#### ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ СПОРТСМЕНІВ ІЗ СПИННОМОЗКОВИМИ ГРИЖАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА