

Р. О. Баннікова, Ю. В. Бардашевський

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

В статті содержится сравнительная характеристика результатов использования традиционных средств физической реабилитации и программы реабилитации, дополненной юмейхо-терапией при детском церебральном параличе в поздней резидуальной стадии.

The article presents the comparative description of results of the use of classic rehabilitation program and yumeiho-therapy of children with cerebral palsy.

Постановка проблеми. В Україні щороку реєструють близько 3 000 хворих із діагнозом ДЦП (дитячий церебральний параліч). Кількість дітей з обмеженими фізичними можливостями зростає на тлі зниження загальних показників народжуваності, що, зрештою, негативно позначається й на показниках здоров'я молоді в Україні. Згідно зі звітністю МОЗ України, частка дітей із ДЦП у наш час становить 43% загальної кількості дітей із вродженими вадами розвитку. Частота захворюваності на ДЦП коливається від 1,6 до 4,2 випадку на 1 000 новонароджених. ДЦП посідає третє місце після вроджених деформацій і поліомієліту в загальній структурі уражень опорно-рухового апарату [2].

Дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що не тільки веде до рухових порушень, але й викликає значну затримку психічного розвитку, мовну недостатність, порушення сенсорних функцій тощо. В усіх хворих на ДЦП спостерігаються розлади рухових функцій у вигляді паралічів, парезів та інших порушень м'язового тону. Тому природно, що основним завданням фізичної реабілітації дітей із дитячим церебральним паралічем є корекція м'язового тону [3; 7; 8].

Для дітей з особливими потребами характерні прояви дизонтогенезу та ретардації у природному (біологічному) та психофізичному розвитку, що викликає зсуви сенситивних періодів вікового розвитку, призводить до дефіциту природних потреб дитини в русі, грі, емоціях, спілкуванні, ускладнює процес навчання.

Знання загальних закономірностей і особливостей формування рухової сфери дітей із різними відхиленнями вельми важливе для пошуку ефективних педагогічних засобів і методів корекції рухових порушень. На стан рухової сфери дітей здійснюють вплив такі фактори: тяжкість і структура основного дефекту та його відбиття на рівні побудови рухів; ранній початок рухової активності; особливості психічного розвитку.

Методика корекції рухової сфери в дітей з особливими потребами має суттєві відмінності, зумовлені аномальним розвитком фізичної та психічної сфер. Ці базові положення, що торкаються медико-фізіологічних та психологічних особливостей дітей різних нозологічних груп, типових і специфічних порушень рухової сфери, спеціально-методичні принципи роботи з даною категорією дітей, корекційна спрямованість педагогічного процесу визначають концептуальні підходи до побудови та змісту методики корекції їх рухової сфери.

Для більшості дітей із церебральними паралічами підвищений тонус м'язів є однією з головних проблем, адже саме він заважає формувати правильний руховий стереотип. Тому нормалізація тону м'язів для дитини з церебральним паралічем є одним із перших завдань при проведенні заходів із фізичної реабілітації [7; 8].

Проведений аналіз літературних джерел засвідчує, що для зменшення спазмованості м'язів широко використовують електростимуляцію [2]. За спостереженнями В. Vobath і К. Vobath [4] нормальному рухові повинен передувати нормальний м'язовий тонус і для досягнення цієї мети терапевтичні зусилля мають бути спрямовані на релаксацію та зниження м'язового тону, що досягається укладанням дітей в позу ембріона, в якій виробляється правильна реакція опори. Методика П. Бецман, А. Обхольцер полягає у проведенні вправ до максимальної втоми [4]. Новим ефективним напрямом лікування дітей із церебральними паралічами є верхова їзда, чи райттерапія, внаслідок застосування якої спостерігається послаблення інтенсивності гіперкінезів, зменшення адукторної спастичності [5]. Традиційно в боротьбі зі еластичністю використовують гідрокінезотерапію, яка дає змогу розслабити м'язи, виробити

рефлекторні зв'язки, загартувати та зміцнити організм загалом. Водночас у поєднанні із засобами та прийомами традиційної медицини застосовують так звані фізичні або маніпуляційні різновиди альтернативної медицини. Так, для зменшення еластичності корисне одночасне застосування пасивного розтягу спазмованих м'язів у поєднанні зі стимуляційним масажем [4].

Нам же видалося перспективним спробувати використати східну методику мануального впливу — юмейхо-терапію, оскільки результати використання даної методики дають підстави до її впровадження у програму корекції рухової сфери дітей із церебральними паралічами [6].

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

Прийоми юмейхо за технікою виконання можна поділити на дві групи — масажні і остеокоригуючі. У класичному прочитанні, перші спрямовані та релаксацію м'язів і інтенсифікацію крово- та лімфотоків, другі — на корекцію дисбалансу в ланках опорно-рухової системи. Остеокорекція спрямована на усунення локальних функціональних блоків суглобів системи скелета за допомогою прийомів їх мобілізації, а масажні рухи усувають так званий регіональний постуральний м'язовий дисбаланс.

В основі концепції юмейхо-терапії лежить поняття про вплив положення тазових кісток на стан опорно-рухового апарату та усього організму.

Методика передбачає одночасну дію на кісткові та м'язові структури шляхам розтирання, розминання і вертикального натискування на певні місця та точки (техніка «премкнедо»), застосування прийомів мануального впливу на певних сегментах тіла пацієнта та подальше виконання спеціальних вправ. Завдяки цій методиці можна цілковито послабити м'язи та зв'язки, відновити їх гнучкість і еластичність. Крім того, юмейхо-терапія поліпшує кровообіг та обмін речовин в організмі [6].

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

Завдання дослідження:

1. Розробити й апробувати методику корекції рухової сфери в дітей з церебральними паралічами.

2. Визначити ефективність розслаблюючого впливу на спазмовані м'язи дітей із церебральними паралічами традиційної комплексної програми фізичної реабілітації та юмейхо-терапії, дослідити це на практиці.

Методи й організація досліджень

1. Теоретичний аналіз і узагальнення даних, взятих із науково-методичної літератури та досвіду передової практики.

2. Визначення еластичності м'язів за допомогою модифікованої шкали еластичності Ашфорт (за R. Bohannon, V. Smith, 1987; D. Wade, 1992).

3. Аналіз змісту медичних карток дітей із ДЦП.

Дослідження, що проводили на базі Житомирського вищого професійно-технічного училища, здійснювали у два етапи. На першому етапі була розроблена методика корекції нормалізації тонуусу та моторики дитини, на другому — апробована методика для зниження спастики м'язів, розвитку маніпулятивних функцій.

Кількість досліджуваних становила 69 осіб (39 чоловічої та 30 жіночої статі) віком 15—20 років із геміпаретичною формою ДЦП (27 осіб), спастичною диплегією (32 особи) та гіперкінетичною формою (10 осіб). Усі досліджувані були розділені на дві ідентичні групи. В основній групі (32 особи) на заняттях використовували метод юмейхо-терапії. Досліджуваним контрольної групи (37 осіб) була призначена програма фізичної реабілітації, що передбачала здійснення тонізуючого впливу на паретичні м'язи та релаксуючого впливу на м'язи з підвищеним тонусом із використанням кінезотерапії, масажу, фізіо- і фітотерапії. Контрольна група слугувала для порівняння. Тривалість курсу реабілітації становила три тижні, протягом яких було проведено 15 процедур юмейхо-терапії.

Результати досліджень та їх обговорення

Під час проведення дослідження застосовували комплексну програму фізичної реабілітації, що включала кінезотерапію, масаж із диференційованим впливом на м'язові групи дітей з церебральними паралічами, фізіо- і фітотерапію, а також м'якотканинну методику юмейхо-терапії. Добір елементів мануального впливу за тієї чи іншої форми ДЦП був індивідуальний.

Кінезотерапевтичні заняття були спрямовані на нормалізацію м'язового тону (зміцнення ослаблених м'язів та розслаблення спазмованих). Заняття проводили індивідуально та малогруповим способом щоденно протягом трьох тижнів.

Класичний масаж був спрямований на поліпшення трофіки м'язової тканини, покращання умов діяльності нервових елементів і рецепторів обміну, стимуляцію функціональної активності розгиначів кінцівок і тулуба. Водночас виникало гальмування антагоністів-згиначів, що й створювало умови для розвитку правильної взаємодії м'язів -антагоністів.

Мета масажу — нормалізація тону м'язів, поліпшення загального кровообігу та мікроциркуляції обмінних і трофічних процесів, відновлення порушених рухових функцій [1; 3].

Зміна тону м'язів визначалася за допомогою модифікованої шкали спастичності Ашфорт (за R. Bohannon, V. Smith, 1987; D. Wade, і 99,2) до і після курсу реабілітації.

Означена шкала є доволі простою і зручною. Найбільш достовірно за шкалою Ашфорта можна визначати зміну м'язового тону при русі у ліктьовому та колінному суглобах [9; 10].

За отриманими результатами за модифікованою шкалою спастичності Ашфорт пацієнти основної групи до початку курсу реабілітації мали середній бал 2,59 з 5 можливих (що становило 51,8%), а 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 застосовували у I групі, поліпшилася на 16,8%, а у II групі — лише на 8,6%.

Аналіз отриманих даних показав, що тону спастичних м'язів знизився за результатами роботи у досліджуваних як експериментальній, так і контрольній груп але динаміка бальних показників в досліджуваних основної групи за тестуваннями була виразнішою при використанні юмейхо-терапії в комплексній програмі фізичної реабілітації осіб на пізній резидуальній стадії ДЦП.

Так, реабілітація осіб із ДЦП у пізній резидуальній стадії має низку суттєвих відмінностей у зв'язку з тим, що відновлення тієї чи іншої втраченої функції відбувається переважно завдяки компенсаторно-приспосувальним процесам. Річ у тім, що в пізній резидуальній стадії патологічний руховий стереотип вже сформований, вторинні дистрофічні процеси спостерігаються у м'язах, зв'язковому апараті, суглобових хрящах, утворюються невриноми.

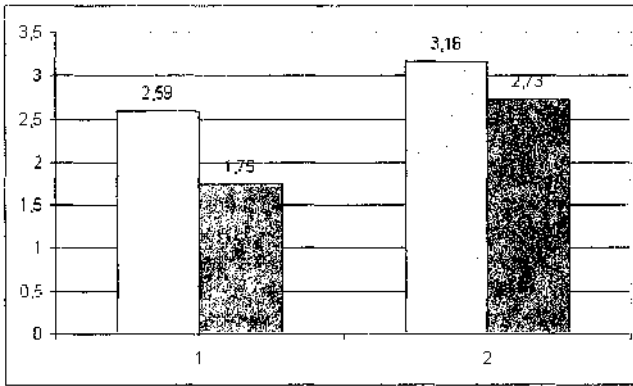


Рис. 1. Стан спастичності м'язів до і після курсу реабілітації в осіб основної (I) та контрольної (II) груп за модифікованою шкалою спастичності Ашфорт

Деформації кінцівок стійкі, органічно фіксовані і дуже важко піддаються корекції. Тому загальноприйняті реабілітаційні програми, що включають ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури, фітотерапію не є достатньо ефективними. Розширити можливості відновлення порушених рухових функцій, а тим самим і соціальної адаптації, цього вельми тяжкого контингенту осіб із ДЦП можна через удосконалення існуючих комплексних програм реабілітації методом юмейхо-терапії, диференційованої для кожної форми церебрального параліча.

Висновки

1. Проведені заходи зниження гіпертонусу м'язів у дітей із церебральними паралічами з використанням методики юмейхо-терапії підтверджують доцільність її застосування.
2. Результати використання юмейхо-терапії дають підстави вважати цю методику прийнятною для впровадження у комплекс фізичної реабілітації осіб із ДЦП.

Література

1. Белова А. Н. Нейрореабілітація: руководство для врачей.— М.: Антидор, 2000.— 568 с.
2. Пелех О. Л. Вплив електростимуляції на клініко-електроенцефалографічні показники в реабілітації хворих із спастичними формами ДЦП // Лікарська справа.— 1998.— № 7.— С 150—152.

3. *Кожевникова В. Т.* Современные технологии в комплексной физической реабилитации больных детским церебральным параличом.— М., 2005.— 240 с.
4. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А. Ф. Каптелина, И. П. Лебедевой.— М.: Медицина, 1995.— 400 с.
5. *Лиховид Л. Л., Евтушенко С. К. и др.* Развитие вестибулярной функции и ослабление аддукторной спастичности при помощи катания на лошадях детей с церебральным параличом // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича. Материалы международного конгресса (9-12 мая 1994 г., Донецк, Украина).— Донецк: МЗУ, 1994.— С. 279.
6. *Сайонджи М.* Лікувальний масаж Юмейго / Пер. з есперанто.— Тернопіль, 1995.— 152с.
7. Современные методики физической реабилитации детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Под ред. Н. А. Гросс— М.: Сов. спорт., 2005.— 235 с.
8. Частные методики адаптивной физической культуры: Учеб. пособ. / Под ред. Л. В. Шапковой.— М.: Сов. спорт, 2004.— 464 с.
9. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой.— М.: Антидор, 2002.— 440 с.
10. *Wade D. T.* Measurement in neurological rehabilitation.— Oxford University Press, 1992.

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

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