

**Ю. В. Бардашевський**

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА СОЦІАЛЬНА  
АДАПТАЦІЯ ОСІБ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ  
ПАРАЛІЧЕМ НА ПІЗНІЙ РЕЗИДУАЛЬНІЙ СТАДІЇ**

*В статье рассмотрена проблематика комплексного использования средств физической реабилитации и психологической коррекции у детей с церебральным параличом.*

*The investigation deals with the problem of comprehensive usage of physical rehabilitation and psychological correction of children with cerebral palsy.*

Складність і здебільшого недостатня ефективність заходів щодо реабілітації інвалідів у пізній резидуальній стадії ДЦП зумовлюють потребу пошуку нових форм коригувальної роботи з даною групою інвалідів (Бадалян, Журба, Тімоніна, 2002; Камалов, Афанасенко, 2000; Манович, Жуховицький, Дементьева, 1989; Меженіна, 1966; Цукер, 1970; Ейдінова, 1969; Bobath Do., Bobath B., 1956; Bosch, 1972; Haskell, Barrett, Taylor, 1977).

Наразі для лікувальної, оздоровчої та соціально-педагогічної коригувальної дії для інвалідів із ДЦП використовують комплекси різноманітних засобів і методів. Варто звернути увагу на те, що в сучасній вітчизняній та іноземній літературі вельми мало уваги приділяється реабілітаційним заходам саме в пізній резидуальній стадії ДЦП.

Вирішуючи питання соціальної інтеграції та реабілітації інвалідів із ДЦП, важливо враховувати і соціально-психологічні особливості цієї групи інвалідів (Добровольська, 2005; Каліжнюк, Шевченко, 2001), як і інвалідів загалом (Полунін, 1999; Фінкель, 1996).

Із погляду життєвої ситуації, для інвалідів із ДЦП характерні відгородженість від життя суспільства, незадоволеність своїм становищем, яка пов'язана насамперед із самотністю, наявністю проблеми пристосування до свого становища і потребою подолання психологічного дискомфорту.

Для цих осіб украй утруднено працевлаштування, участь у суспільному житті, створення своєї сім'ї. Навіть працюючі інваліди практично не беруть участь в житті суспільства, почасти відчувають стосовно себе насторожене, а то й недоброзичливе ставлення з боку адміністрації і здорових колег.

До відхилень, що найчастіше зустрічаються, в емоційно-вольовій сфері в інвалідів із ДЦП належать емоційна млявість, апатичність, залежність від опікуючих осіб, невисока мотивація до самостійної діяльності (тим паче спрямованої на корекцію власного патологічного стану), невисокий адаптивний потенціал.

Частково ці риси є складовими елементами психоорганічного синдрому; частково — наслідком гіперопіки хворої дитини у соціально сприятливій сім'ї (Мамайчук, Чавес, 1999; Мартинов, 2004).

Труднощі, з якими стикаються інваліди внаслідок ДЦП, настільки серйозні, ще для багатьох дітей вони стають непереборними на шляху їх соціальної адаптації. Ці особи поступово втрачають надію влаштуватися на роботу, замикаються в собі, відчувають свою не потрібність і вимагають підвищення групи інвалідності.

Величезну небезпеку в цій ситуації становить песимістичний погляд на можливості інвалідів із ДЦП, який міцно вкорінився у свідомість багатьох медичних і соціальних працівників.

Прогресивнішою є точка зору реабілітологів, які вважають, що «нездатність пацієнта досягти відповідних цілей — це поразка не пацієнта, а персоналу, який не створив техніку і програму, відповідну до можливостей пацієнта» (Tardieu, 1968). Навіть інваліди, що мають тяжкий ступінь рухових порушень, за умови створення певних умов можуть знайти застосування своїм «обмеженим можливостям».

Провідні зарубіжні реабілітологи, розглядаючи ДЦП не тільки як хворобу, але (і як сукупність обставин, в яких вимушена жити людина, вважають, що важливо запропонувати їй такі види допомоги,

які дали б змогу їй пристосуватися до цих обставин і жити максимально повноцінним життям, спостерігаючи при цьому за станом пацієнта до досягнення його можливого рівня функціональної спроможності.

Лікування інвалідів із ДЦП, як зазначають фахівці, має бути комплексним, включати заходи щодо розширення рухових, мовних і психічних можливостей, з використанням усіх наявних реабілітаційних засобів (Бадалян, Журба, Тімоніна, 1998; Бодажков, Вівчар, 2000; Верхало, 2000; Гавріков, Северина, 1998; Герцен, Лобенко, 2001; Грандо, Дмитрієва, 1990; Гончарова, 1992; Касирській, Горобців, 1998; Костадінов, Країв, 1997; Курбанова, Барская, 1999; Мартинов, 2002; Мольська, 2001; Полунін, 2001; Сахно, Осіпова, 2003; Сермеєв, Єфіменко, 2000; Cotton, 1980; Cotton, Parnwell, 1977).

Засобами реабілітації інвалідів із ДЦП є методи соціально-відновної дії, психологічної корекції, фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, рефлексотерапія, світло- і електролікування, вібро- і магнітотерапія, теплолікування, водолікування) і професійна орієнтація. Методи лікувальної фізкультури, масажу, фізіо- і рефлексотерапії застосовують на всіх етапах реабілітаційного лікування з урахуванням тяжкості функціональних порушень і загальних протипоказань до цих методів лікування.

Лікувальна фізкультура як засіб реабілітації осіб із ДЦП займає в комплексній терапії одне з провідних місць і є природно-біологічним методом терапії, що сприяє швидшому відновленню порушеної функції опорно-рухового апарату (Мохів, 2002). На високій ефективності лікувальної гімнастики при церебральних паралічах наголошено у низці робіт (Бадалян, Журба, Тімоніна, 1998; Бодажков, Вівчар, 2000; Бортфельд, Рогачева, 1996; Гончарова, 1992; Желенкова, 1999; Ісанова, 2003; Каптелін, 1996; Манович, Жуховицький, Дементьєва, 1979; Меженіна, 1976; Мірзоева, Бортфельд, Городецька, Данілова, 1982; Bowley, Gardner, 1900; Carrington, 1981; Haskell, Barrett, Taylor, 1977).

У нинішній час для реабілітації осіб із ДЦП використовують різні методики лікувальної фізкультури.

Семенова (1976) пропонує методику ЛФК для дітей перших двох років життя і старше, але з тяжкими формами захворювання. Методика базована на знанні закономірностей рухового розвитку здорової дитини і механізмів формування рухової патології в дітей із церебральним паралічем.

Штеренгерц (3996) розробив методику ЛФК для дітей шкільного віку, в якій з урахуванням анатомо-фізіологічних механізмів дитячого організму під час проведення занять і навчання трудових навичок особливу увагу приділяється емоційному фону.

Бортфельд і Рогачева (1986) рекомендують поєднувати лікувальну гімнастику з педагогічними заходами.

За методикою, запропонованою Bobath Do. і Bobath B. (1956), перш ніж навчати інваліда нормального руху, потрібно змінити патологічний руховий стереотип. Основним прийомом є укладання паралізованої дитини: в позу «ембріона».

Для інвалідів, що страждають атонічною формою ДЦП, застосовують методику Kabat (1953), яка ставить за мету вироблення рухів за допомогою певних прийомів активізації мотонейронів спинного мозку, що здійснюють скорочення м'язів. При цьому інвалідам зі збереженим нормальним рівнем психічного розвитку рекомендується спочатку виконувати рухи.

Для осіб з обмеженими руховими можливостями, з якими під час занять не вдається встановити контакт, а також для інвалідів із затримкою психомоторного розвитку рекомендується методика Voјta (1981).

Для усунення контрактур нижніх кінцівок в інвалідів із ДЦП Умханов (1985) пропонує використовувати компресійно-дистракційні апарати. На його думку, відбувається пригнічення високої рефлекторної активності мотонейронів, що іннервують спастичні м'язи і збільшується об'єм рухів у суглобах.

Загальними і обов'язковими принципами для всіх згаданих методик є: 1) регулярність, систематичність і безперервність проведення лікувальної гімнастики; 2) суворі індивідуалізація вправ ЛФК; 3) використання засобів і форм ЛФК відповідно до стадії захворювання, його тяжкості, віку і психічного розвитку осіб з обмеженими можливостями; 4) поступове, строго дозоване збільшення фізичного навантаження.

У пізній резидуальній стадії ДЦП головна мета ЛФК — нормалізація рухової діяльності інваліда шляхом виховання установчих і пригнічення тонічних м'язових рефлексів (Бадалян, Журба, Тімоніна, 1998; Бортфельд, Рогачева, 1996; Семенова, 1986; Семенова, Штеренгерц, Польської, 1996; Eason, Smith, Caron, 1994). Частковими завданнями, на думку таких авторів, як Бортфельд і Рогачева (1986), Вітензон, Бравічев, Журавльов (1974), Семенова зі співавторами (1986), Штеренгерц (1986) та ін., є поліпшення рухливості в суглобах, стабілізація опороздатності, підвищення працездатності

організму, навчання правильного дихання, відновлення рухової активності, виховання схеми тіла (позы) і постави, тренування системи рівноваги, поліпшення координації рухів. При цьому, як зазначає Tardieu (1978), варто мати на увазі, що «хворий із руховими розладами церебрального походження не тільки не може діяти, але він ніколи не знає, як діяти».

Каптелін (1986) вказує на ефективність гідрокінезотерапії — лікувальної гімнастики у воді.

Зважаючи на всі заходи, що використовують, у інвалідів із ДЦП нерідко формується тугорухливість у суглобах, що переходить в контрактури. В цьому випадку буває доцільним лікування гіпсовими пов'язками, носіння ортопедичного взуття, за потреби призначаються ортопедичні пристрої, які дають змогу багатьом інвалідам зайняти вертикальну позу і самостійно пересуватися (Андріанов, Затьокін, Козюков, 2001; Герцен, Лобенко, 2001; Каптелін, 1996; Курбанова, Панська, 1999; Blum, 1993).

Ортопедичні пристрої для осіб з обмеженими руховими можливостями застосовують на різних етапах реабілітації, а також після завершення відновного лікування. Ці пристрої сприяють збереженню правильної початкової позы при стоянні і ходьбі, створюють умови для зменшення еластичності і поліпшення функції ослаблених м'язів, сприяють нормалізації рухів у суглобах кінцівок і функцій м'язів при ходьбі та стоянні (Вітензон, Бравічев, Журавльов, 1984; Семенова, Махмудова, 1989).

Для отримання сприятливих результатів у комплексі реабілітаційних заходів інвалідів із ДЦП велике значення має використання масажу, який поліпшує кровообіг, посилює тонус і силу уражених м'язів, знижує їх спастичність (Біла, 2004; Бортфельд, Рогачева, 1996; Васічкін, 2001; Дюкова, Лернва, 1995; Кунічев, 1995; Семенова, 1986; Семенова, Штеренгерц, Польської, 1996; Штеренгерц, 1996).

Майже всі прийоми і методи дії лікувального масажу переважно спрямовані на нормалізацію рефлекторної діяльності центральної нервової системи. Причому найефективнішими є такі методики масажу: 1) класичний лікувальний масаж; 2) масаж для поліпшення дихання; 3) сегментарний масаж; 4) точковий масаж.

Для зниження збудливості рухових клітин спинного мозку і дії на трофічні процеси насамперед проводять масаж паравертебральних спинномозкових сегментів в ділянці нижньоюгрудних, поперекових, крижових хребців для дії на нижні кінцівки (Біла, 2004; Кунічев, 1995; Штеренгерц, 1996).

Як допоміжний засіб для зниження спастичного тону м'язів використовують локальну дію холодом — кріотерапію. Використання холоду на спазмованих м'язах верхніх і нижніх кінцівок знижує швидкість проведення імпульсів по нервових волокнах і пригнічує чутливість рецепторів, внаслідок чого збільшуються сила і об'єм довільних рухів (Льовченко, 2001; Bobath Do., Bobath B, 1956).

У комплексі відновного лікування інвалідів із ДЦП застосовують рефлексотерапію, світлолікування, магнітотерапію, парафіно- і грязелікування, бальнеотерапію (вуглекислі, сірководневі, радонові, хвойні, йодобромні, скипидарні ванни), душі, апаратну фізіотерапію з використанням електричних струмів, різних за своїми характеристиками: напругою, формою, частотою коливань, напрямком тощо (Буригіна, 1997; Герцен, Лобенко, 2001; Меженіна, 1976; Мольська, 2001; Семенова, Штеренгерц, Польської, 1996).

Часто методи реабілітаційної дії відносно інвалідів із ДЦП у пізній резидуальній стадії зводяться до використання медикаментозної терапії і масажу в поєднанні з прийомами лікувальної фізкультури, або ортопедо-хірургічними заходами, що сприяє лише тимчасовій корекції рухових порушень і часто не приводить до досягнення реального результату.

Під час розроблення методики реабілітаційних занять для інвалідів із ДЦП ми виходили з того, що вона має включати комплекс заходів, сформованих на вирішення відповідних лікувально-оздоровчих і соціально-педагогічних завдань.

При цьому ставилися завдання забезпечення:

- цілісного впливу занять на інваліда;
- спадкоємності занять оздоровчою гімнастикою;
- диференціювання навантаження залежно від ступеня виразності рухових розладів у інвалідів і їх психологічних особливостей;
- закріплення позитивних зрушень у фізичному та психічному станах інвалідів.

Пропонована методика передбачає певну послідовність лікувально-оздоровчих та соціально-педагогічних заходів, низку етапів в їх проведенні.

Важливе значення має відновлення правильних координаційних взаємозв'язків діючих м'язів у процесі виконання рухів, а також зміцнення функціонально недостатніх груп м'язів. З цією метою у комплексі лікувальної гімнастики при ураженні верхніх кінцівок використовують вправи для зміцнення м'язів спини з акцентом на

міжлопаткові м'язи, для чого використовують переважно висхідні положення на животі. В разі ураження нижніх кінцівок рекомендуються вправи, що сприяють зміцненню задньої групи м'язів стегна, і відвідних м'язів сідниць стегна в різних початкових положеннях. Ефективним є використання різних допоміжних предметів і засобів — м'ячів, гумових еспандерів тощо. Динамічні вправи, що пропонуються в комплексі лікувальної гімнастики, корисно поєднувати з вправами з опором (включаючи самоопір); можливе підключення ізометричних вправ.

Для інвалідів, позбавлених можливості пересуватися самостійно, головну увагу приділяють виявленню можливості прийняття й утримання певної пози (самостійно або за допомогою реабілітолога) і виконання рухів в цій позі.

Дія фізичних вправ увага спрямована на оволодіння основними складовими довільного рухового акту: довільності напряму, амплітуди, сили, швидкості. З цією метою пропонуються вправи, спрямовані на поліпшення координації рухів, рівноваги, розвиток рухливості, вироблення точних рухів із використанням у процесі занять елементів розслаблення.

Значну увагу варто приділяти дихальним вправам, виконання яких сприяє підвищенню окиснювально-відновних реакцій організму, що в поєднанні з ритмом виконуваних фізичних вправ дає змогу знизити тонус дихальної і скелетної мускулатур, уникнути їх перенапруження.

За наявності контрактур і фіксованих установок використовують різні тренажери — велоергометр та інші пристрої механотерапії, заняття на яких сприяють розвитку рухливості в суглобах, розробленню контрактур, а також узгодженню взаємодії м'язів верхніх і нижніх кінцівок.

Виконання вправ на рівновагу і координацію пропонується з різних висхідних положень.

Доцільне широке використання елементів рухливих ігор — таких, як перекидання один одному м'ячів різних розмірів і кольору, метання м'яча в ціль, закидання м'яча в кошик або коробку, ведення м'яча з кидком в ціль, гра в кеглі, ігри з елементами волейболу, бадмінтону, настільного тенісу.

За геміпаретичної форми ДЦП лікувально-оздоровчі заходи на підготовчому етапі мають бути спрямовані на відновлення правильної координованої взаємодії м'язів здорових і уражених кінцівок під час виконання рухів.

Увагу акцентують на симетричному виконанні рухів здоровою і ураженою кінцівками, навчанні самоконтролю за виконуваними діями і узгодження їх із рухами здорових кінцівок на основі зорово-моторної координації. Під час цього треба зосереджувати увагу на тому, аби всі рухи під час виконання комплексу вправ інвалід із ДЦП починав із хворої кінцівки. Така установка сприяє порушенню стереотипу домінування здорової кінцівки при виконанні будь-якого руху.

Дозування вправ на здорові і уражені кінцівки має строго диференціюватися залежно від ступеня ураження кінцівок і виразності м'язової гіпотрофії.

Для поліпшення дрібної моторики в ураженій верхній кінцівці, тренування функції опори і захвату предметів пропонуються традиційні вправи, що розвивають маніпулятивну функцію рук (утримання галиці у вертикальному положенні хворою рукою і перебирання пальцями вгору-вниз, збирання розсипаних дрібних предметів, сірників тощо, захоплюючи їх почергово двома пальцями: 1-м і 2-м, 1-м і 3-м і т. д., вправи з ручним еспандером тощо).

Для поліпшення маніпулятивних функцій кисті пропонуємо використання коригувальної гімнастики з фіксацією кисті реабілітолога до кисті пацієнта (тандотерапія).

Пропонуються коригувальні вправи для м'язів спини, вправи на рівновагу та координацію рухів.

Корекція ходьби має на меті симетричне виконання рухів при виконанні крокових рухів, тренування перекочовання стопи ураженої кінцівки, зокрема з використанням різних допоміжних засобів у вигляді манжет, брусів, тредбана, валиків тощо.

Заняття на тренажерах (веслування, велоергометр), використання рухливих ігор з елементами волейболу тощо сприяють порушенню асиметричного рухового стереотипу.

Вибору лікувально-оздоровчих заходів на підготовчому етапі в разі атонічно-астатичної форми ДЦП має передувати виявлення можливості інваліда приймати і утримувати певну позу — самотійно або за допомогою реабілітолога.

До комплексу лікувальної гімнастики включають вправи для зміцнення основних груп м'язів, вправи на рівновагу та координацію рухів із різних висхідних положень, із використанням різних пристосувань. Наприклад, для корекції положення голови використовують прийоми фіксації погляду на нерухомих



предметах під час виконання вправ зі зміною висхідного положення і без його зміни.

З урахуванням зниженої мотивації хворих до активної діяльності, пропонуючи їм виконання тих або інших вправ, варто «обігравати» ці вправи, упроваджуючи образні та сюжетні вправи.

До комплексу треба включати вправи на концентрацію уваги і точність виконання рухів, використання занять на тренажерах — веслування, велотренажер, сприяючи залученню до руху основних груп м'язів.

Гіпотонія і слабкість м'язів у інвалідів з атонічно-астатичною формою ДЦП вимагають більшою мірою, ніж при роботі з інвалідами, котрі мають спастичні або поєднані спастико-гіперкінетичні розлади, обов'язкового тренінгу, тобто корекції навантаження з урахуванням досягнутого ефекту.

У ході організації цих занять важливо забезпечити диференціювання навантаження на інвалідів з урахуванням ступеня вираженості у них рухових розладів.

Із цієї точки зору, доцільним є розподіл інвалідів на три групи.

До першої групи відносять інвалідів із дещо вираженими руховими порушеннями у верхніх кінцівках, що пересуваються самостійно без допомоги спеціальних пристосувань.

До другої групи відносять інвалідів із переважанням рухових розладів у нижніх кінцівках, що пересуваються самостійно, але за допомогою спеціальних пристосувань (милиць, ходунків, канадських паличок).

У третю групу варто включити інвалідів, практично не здатних пересуватися самостійно.

Залежно від тяжкості рухових порушень проводять і загальне диференціювання способів виконання вправ комплексу.

Проблема широкого залучення інвалідів із ДЦП в активне життя суспільства, зокрема в її спортивну сферу, організації їх дозвілля на основі загальної участі здорових і інвалідів стає все актуальнішою (Столяров, 2001; Столяров, Іпатов, 2005).

На жаль, у літературі практично відсутні вказівки щодо шляхів вирішення цієї проблеми. Для закріплення досягнутих позитивних результатів у процесі реабілітаційних занять можуть бути використані різні засоби, методи та форми організації дозвілля інвалідів із ДЦП, що припускають прояв їх самостійної фізичної та соціальної активності, а також спілкування з іншими особами з інвалідністю та без неї.

## Література

1. Баранова И. Л. Физическая реабилитация детей с ДЦП (спастическая форма) // Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту— Минск, 2004.— С. 222-223.
2. Бойков Д. И. Обучение детей с ДЦП и информационные технологии // Тез. докл. V МЄЖД/Н. конф. «Ребенок в современном мире: права ребенка».— СПб., 1998.
3. Гузій О. Кількісна оцінка рівня соматичного здоров'я підлітків 14—15 років, хворих на ДЦП // Молода спортивна наука України: 36. наук. пр.— Львів, 2002.— Вин. в т. 2. - С 429-433.
4. Григорьева Л. Д., Ро О. В. Социально-трудовая адаптация детей с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности // Актуальные вопросы реабилитации детей инвалидов.— СПб., 1998.
5. Добровольская Т. А., Шебалина И. Б. Инвалиды: дискриминируемое меньшинство // Социол. исслед.— 1992.— № 5.
6. Денисов В. Я. Медико-социальная реабилитация инвалидов: Методические подходы и результаты / В. Н. Денисов, В. В. Захаренков // Проблемы управления здравоохранением.— 2003.— Т. 9.— № 2.— С. 40—43.
7. Козьявкин В. И. и др. Детские церебральные параличи: Медико-психологические проблемы / В. И. Козьявкин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов.— Львів: Українські технологи, 1999.— 144 с.
8. Пчеляков А. В. Этапная реабилитация больных с двигательными нарушениями при спастическом церебральном параличе // Вестник физиотерапии и курортологии.— 2001.— № 1.— С. 66—68.
9. Синиговец В. И. Построение физических упражнений избирательно-го характера Б физическом воспитании детей, больных церебральным параличом (13.00.04): Дис. ... канд. пед. наук // УГУФВС— К., 1994.— 182 с.

*Ключові слова:* фізична реабілітація, психологічна корекція, дитячий церебральний параліч, діти з особливими потребами.

*Key words:* physical rehabilitation, psychological correction, cerebral palsy, physically handicapped children.