

КІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Сулима А.С., Гушевата Ю.В.

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського

Анотація. У статті здійснено аналіз науково-методичної літератури щодо застосування кінезотерапії у процесі фізичної терапії дітей із дитячим церебральним паралічем. Установлено, що кінезотерапія орієнтована на відновлення рухової активності й оздоровлення організму вцілому за допомогою спеціальних активних і пасивних рухів і дихальної гімнастики. З цією метою варто застосовувати Войта-терапію, систему Кабата, а також пасивні види кінезотерапії в реабілітаційних центрах і в домашніх умовах.

Вступ. Досить актуальною проблемою нашої країни є дитячий церебральний параліч. Згідно статистичних даних [7, 10] показники захворюваності на дитячий церебральний параліч у світі складають 2 на 1000 новонароджених, а в Україні – 2,8 на 1000 новонароджених.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це непрогресивне неврологічне захворювання, яке впливає на моторику, рухи та м'язовий тонус дитини й виникає унаслідок пошкодження головного мозку [4, 7]. ДЦП розвивається в утробі матері, під час пологів або у перші тижні після народження [3, 10].

Аналіз літературних даних [1, 5, 10] дозволив установити, що серед найпоширеніших розладів у дітей із ДЦП виділяють: аномальний м'язовий тонус; збереження первинних рефлексивних паттернів або їх підсилення в мимовільних рухах; порушення схеми тіла, які викликані неповною сенсорною інформацією; розвиток патологічних структур у центральній нервовій системі; а також порушення функціонування життєво важливих внутрішніх органів [1, 3, 5].

Порушення рухів, які є характерними для ДЦП, часто супроводжуються мовними й пароксизмальними розладами. У зв'язку з тим, що для дітей із ДЦП характерна м'язова слабкість й аномально висока спастичність м'язів у вражених кінцівках, що, у свою чергу, призводить до затримки моторного розвитку, у дітей спостерігається дезадаптація до умов життя й до навколишньої дійсності, поява бар'єрів для рухів і переміщення в просторі [5].

Більшість науковців [1, 2, 4] наголошують, що при своєчасному діагностуванні, ранньому й тривалому відновному лікуванні ДЦП стає можливим досягнення покращення загального стану дітей, підвищення якості їх життя й соціалізації.

З огляду на вищевикладене метою фізичної реабілітації хворих із ДЦП є мінімізування розвитку вторинних проблем шляхом зменшення або нормалізації тону м'язів, полегшення адекватного розтягування м'язів, покращення координації рухів, збільшення амплітуди рухів у

суглобах, зміцнення слабких м'язів і виховання нового стереотипу ходьби й стояння, що досягається тривалими тренуваннями, у процесі яких відбувається автоматизація рухової навички.

Проаналізувавши науково-методичну літературу [2, 6, 8], ми встановили, що на сьогодні широкого застосування в системі комплексної фізичної реабілітації дітей із різними формами ДЦП і парезами кінцівок набула кінезотерапія.

Тому, **мета дослідження** полягала в обґрунтуванні застосування кінезотерапії у процесі фізичної терапії дітей із дитячим церебральним паралічем.

Для досягнення поставленої мети нами вирішувалося наступне **завдання**: проаналізувати наявну науково-методичну літературу за темою дослідження.

Метод дослідження: теоретичний аналіз літературних джерел щодо застосування кінезотерапії як методу фізичної реабілітації хворих із ДЦП.

Результати дослідження та їх обговорення. Кінезотерапія (від грецького kinesis – рух, therapia – лікування) – це один із напрямів лікувальної фізичної культури, який застосовується для профілактики й лікування різних захворювань, у тому числі нейро-моторних порушень.

Метод кінезотерапії є відносно новою технікою, що, як частина програми мультимодальної терапії, може бути ефективним у реабілітації дітей із ДЦП для покращення рухової функції та динамічної активності за допомогою спеціальних активних і пасивних рухів, а також дихальної гімнастики [4, 6].

Під час активної кінезотерапії дитина самостійно виконує вправи на тренажерах, гімнастичних м'ячах та на інших пристроях. Серед активних видів кінезотерапії розрізняють лікувальну фізичну культуру, дельфінотерапію, іпотерапію, різноманітні рухливі ігри тощо.

При пасивній кінезотерапії усі рухи виконуються за допомогою фізичного терапевта або дитині допомагають у рухах певні пристрої (вертикалізатори, ходунки, роллатори тощо).

Методик лікування дитячого церебрального паралічу кінезотерапією існує багато, найпоширенішими з яких є Войта-терапія та система Кабата (або PNF-терапія).

Під час Войта-терапії застосовується рефлекторна локомоція, що, у свою чергу, сприяє відновленню елементарних рухових моделей у хворих із пошкодженнями центральної нервової системи і рухового апарату.

У процесі Войта-терапії фізичний терапевт цілеспрямовано тисне на певні зони тіла дитини, хворої на ДЦП, яка знаходиться у вихідному положенні на животі, спині або на боці [7, 10]. Такі дії сприяють автоматичному рефлекторному повзанню у положенні на животі й рефлекторному перевертанню з положення на спині й на боці. Слід зазначити, що вибір зони

впливу проводиться індивідуально для кожної дитини й залежить від рухових порушень і відповідної моторної реакції.

Лікувальний ефект Войта-терапії досягається за умови частого повторення вправ протягом тривалого часу [10]. Більшість практиків [4, 7] радять у процес фізичної реабілітації дітей хворих на ДЦП залучати батьків. Із цією метою проводять заняття, на яких фахівець із Войта-терапії навчає батьків як правильно виконувати вправи й надає їм консультації щодо проведення таких занять у домашніх умовах.

Результатами ряду досліджень [8, 9, 10] встановлено, що під час рефлекторної локомоції відбувається координована, ритмічна активація скелетної мускулатури. Разом із тим, варто пам'ятати, що рефлекс локомоція допомагає нервовій системі дитини з ДЦП створити необхідні моделі координованої роботи м'язів, які надалі використовуватимуться для здійснення необхідних рухів.

Іншим прикладом кінезотерапії для дітей із ДЦП є система Кабат, яка була розроблена у 1940-х роках у розпал епідемії поліомієліту. У той період основним превентивним засобом вважалася іммобілізація, проте медична сестра Елізабет Кіні запропонувала застосовувати активні й пасивні рухи [10]. Дані рухи полегшувалися шляхом активації рефлексів (тобто м'язи розтягувалися або скорочувалися, суглобові поверхні зближувалися або віддалялися) [6, 9]. Підхід, запропонований медичною сестрою Кіні, став основою для розробки Г. Кабатом системи силового тренування для патетичних й ослаблених м'язів. На сучасному етапі даний метод відомий як ефективний метод силового тренування у відновній неврології.

У випадках відсутності протипоказань кінезотерапію можна застосовувати й у домашніх умовах. Серед вправ кінезотерапії, які можна використовувати вдома виділяють наступні: ходьба, біг, згинання й розгинання кінцівок, махи в сторони тощо. Додатково можна використовувати гімнастичні кулі, гантелі, скакалки або ж інший додатковий інвентар.

Висновки. Отже, головним завданням кінезотерапії є набуття дітьми рухових навичок, які були ускладнені або неможливі внаслідок ДЦП. А методики кінезотерапії підбираються індивідуально для кожної дитини.

Список використаної літератури

1. Бекас О., Бекас В., Сулима А., Мацейко І. Вдосконалення рухових функцій у дітей з нижнім спастичним парапарезом засобами фізичної реабілітації. *Фізична активність і якість життя людини: збірник тез доповідей IV Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції*. Луцьк, 2020. С.84.
2. Губертус фон Фосс. Дитячий церебральний параліч: панорама лікувальних можливостей. *Physiotherapia*. 2006. №5. С.5-8.

3. Гузій О.В. Кількісна оцінка рівня соматичного здоров'я підлітків 14-15 років, хворих на ДЦП. *Молода спортивна наука України*. 2002. №2. С.429-433.
4. Заикина Г.Т. Обзор методов физической реабилитации детей с церебральным параличом. *Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта*. 2006. Т.1, №1. С.156-162.
5. Зиновьева О.Е., Шенкман Б.С., Катушкина Э.А. Состояние скелетных мышц при церебральной спастичности. *Неврологический журнал*. 2008. Т.13, №6. С. 42-48.
6. Иванова Г.Е., Ковряжина Е.А. Применение аппарата МОТОмед фирмы RECK Medizintechnik (Германия) в клинической практике. *Медицинский алфавит. Больница*. 2009. № 1. С. 4-9.
7. Нікітін М.Н. Дитячий церебральний параліч. 2009. 118с.
8. Сулима А., Кандаєв В., Коліжук В. Застосування Sling Exercises Therapy у фізичній реабілітації. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології: науковий журнал кафедри фізичної реабілітації і рекреації Харківської державної академії фізичної культури*. Харків, 2020. №5(2). С.104-108.
9. Сулима А., Гушевата Ю., Гізатулліна Е. Застосування елементів стретчингу в фізичній реабілітації. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології: науковий журнал кафедри фізичної реабілітації і рекреації Харківської державної академії фізичної культури*. Харків, 2020. №5(1). С.92-96.
10. Шухова Є.В. Реабілітація дітей з порушеннями нервової системи. 2018. 256 с.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Сулима А. С., Чураков А. В.

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського

Анотація. У статті здійснено аналіз науково-методичної літератури щодо застосування різноманітних засобів фізичної терапії осіб із розсіяним склерозом. Установлено, що основним засобом є лікувальна фізична культура. Крім ЛФК застосовуються кріотерапія, гідрокінезотерапія, лікувальний масаж, рефлексотерапія, біомеханотерапія тощо. Останнім часом популярності нобувають заняття за методикою Sling Exercises Therapy.

Вступ. Розсіяний склероз – найважче захворювання центральної нервової системи, що характеризується багатоголищевим враженням білої речовини центральної нервової системи, ремітуючи-прогрідієнтним перебігом, варіабельністю неврологічних симптомів [2, 8]. Дане захворювання найчастіше вражає осіб працездатного віку.