

Мидловець А.Б.

студент,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕРГОТЕРАПІЮ У ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ДИПЛЕГІЄЮ

Постановка проблеми. Дитячий церебральний параліч – гетерогенна група синдромів, які є наслідком пошкодження мозку у внутрішньоутробному, інтранатальному й ранньому постнатальному періоді. На сьогоднішній день актуальною проблемою дитини з обмеженими можливостями та його сім'ї є його соціальна дезадаптація. Маючи серйозні порушення рухової і пізнавальної активності при цьому відчуваючи труднощі навіть у найелементарніших діях – самостійно вмиватися, тримати виделку і т.д. така дитина часто змушена обмежувати свою активність і життєдіяльність в межах свого будинку, не беручи участь в суспільному житті.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Для дослідження сучасного погляду на ерготерапію у дітей зі спастичною диплегією було використано статті та наукові роботи вітчизняних і зарубіжних дослідників і науковців.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Покращення та максимальне відновлення рухових функцій у дітей зі спастичною диплегією, відновлення адаптації до звичного життя дитини та допомога стати самостійним соціально пристосованим в незалежному побуті.

Мета дослідження. Огляд науково-методичної літератури на тему: сучасний погляд на ерготерапію у дітей зі спастичною диплегією.

Виклад основного матеріалу досліджень. Частота випадків ДЦП становить від 1,5 до 2,6 випадків на 1000 дитячого населення. Головною причиною дитячої інвалідизації саме захворювання ЦНС (зокрема, ДЦП). Кожен рік реєструють близько 3 тис. випадків ДЦП, встановлених вперше. В промислово розвинених країнах частота ДЦП становить 2 випадки на 1000 живих новонароджених [1; 2; 3].

За даними ВООЗ експертів, кількість дітей з обмеженням життєвих і соціальних функцій становить близько 10% населення земної кулі [4].

Серед загальної кількості дітей з обмеженими можливостями дитячого віку із захворюваннями нервової системи питома вага дітей з ДЦП в Україні займає провідне місце, їх кількість становить 2,6% [5].

Особливість цих дітей проявляється в тому, що вони нездатні самостійно реалізувати свої конституційні права і забезпечити свої соціальні потреби в

охороні здоров'я і реабілітації, освіти, незалежному житті й працевлаштуванні. Пов'язано це з тим, що сім'ї дітей з обмеженими можливостями не захищені матеріально. За твердженням з прав людини, доля прожиткового мінімуму дитини з ДЦП, що покривається щомісячними нарахуваннями складає не більше 3% необхідних витрат. Але кошти, які витрачаються на утримання однієї дитини з обмеженими можливостями, на здійснення коректувальних та реабілітаційних програм з нею, в 3 рази більше, ніж на утримання здорової дитини [6; 7; 8].

ДЦП виникає, коли порушується розвиток мозку або пошкоджується одна або кілька його частин, які контролюють м'язовий тонус та моторну активність. Діти з ДЦП зазвичай відстають у своєму моторному розвитку та пізніше досягають навиків таких як: перевертання, сидіння, повзання та хода. Для всіх пацієнтів з ДЦП спільним є те, що їм складно контролювати свідомі рухи і координувати роботу м'язів. У зв'язку з цим в них виникають складнощі у виконанні навіть простих рухів [9].

Найбільш поширеною формою ДЦП, являється спастична диплегія – при якій притікаються верхні та нижні кінцівки, але нижні кінцівки більше. Характерним для цієї форми є патологічне підвищення м'язового тону в кінцівках і тулубі. Основним проявом в клінічній картині при спастичній диплегії, становлять рухові розлади: мимовільні рухи, недостатність координації рухів, паралічі, спричинені недорозвиненням чи ушкодженням центральної нервової системи [10].

В літературі не має конкретних методів лікування, які можуть відновити пошкодження головного мозку. Але є цілий ряд заходів, що спрямовані на зменшення вторинних проявів по відношенню до пошкодження мозку і підвищення рівня активності та участі цих пацієнтів, а отже, це впливає на покращення їх якості життя [11].

В даний час спектр методики відновлення функцій для дітей з ДЦП вкрай великий і продовжує розроблятися. Реабілітація при ДЦП визнається складним процесом, який спрямований на максимальне залучення дитини до активності повсякденного життя [12].

Ерготерапія – науково обґрунтована практика з спеціальним використанням різних пристосувань і вправ з метою покращення функціональних здібностей при звичайних і простих діях (користування туалетом, прийом їжі, вмивання, догляд за власним тілом та ін.), для підтримки можливого рівня функціональності при ерготерапевтичних заходах, при організації дозвілля, відпочинку і сну [13].

Засобами для відновлення функцій і навичок в ерготерапії являються статичні і динамічні ортези; різноманітні засоби для пересування; штучні захватуючі пристрої; адаптивні пристрої; пристрої, які моделюють господарські або побутові пристосування [14].

Ерготерапевтичні втручання, це цілеспрямована функціональна терапія. Заняття представлені визначеною послідовністю рухів для формування результативної програми цілеспрямованого руху. Враховуючи велике різноманіття навичок, котрі необхідні у заняттєвій активності, програма реабілітації зосереджувалася не лише на здатності дитини маніпулювати предметами, а й на цільових завданнях, котрі людина виконує щодня. У вивченні наукових робіт і статей зарубіжних і вітчизняних дослідників, було доведено результативну ефективність ерготерапії у дітей при спастичній диплеїї.

У дослідженні І. Новак та співавторів, доведено ефективність ерготерапії у дітей з ДЦП. В якому результати показали статистично значущі покращення у функціях, також задоволені батьки функцією, у порівнянні з відсутністю ерготерапії [15].

У дослідженні О. Куценко, було підтверджено, що застосування ерготерапії покращило розвиток великої моторики та функціонування рук, формуванні навичок самообслуговування, збільшенні рівня активності та участі пацієнтів, соціального функціонування та якості життя [16].

Висновок. Застосування методів ерготерапії забезпечує максимальне покращення функціонування верхніх та нижніх кінцівок. Також найбільш ефективними підходами до функціонального оздоровлення дітей є підходи, які покращують мотивацію пацієнта та націлені на діяльність повсякденного життя та участі. Рухові розлади, що спостерігаються при ДЦП, часто супроводжуються порушеннями відчуття, пізнання, спілкування, сприйняття та/або розладів поведінки; таким чином, терапевтичні підходи влаштовані для задоволення потреб індивідуальної дитини.

Список використаних джерел:

1. Meberg A., Broch H. Achanging pattern of cerebral palsy. Declining trend for incidence of cerebral palsy in the 20-year period 1970 – 89 J. Perinatal. Med. 1995. Vol. 23. № 6. P. 395–402.
2. Yeargin-Allsopp M., Van Naarden Braun K. Prevalence of cerebral palsy in 8-year-old children in three areas of the Uneted States in 2002. P. a multisite collaboration. Pediatrics, 2008. Vol. 121. P. 547–554.
3. Статистичний бюлетень: заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2007 році. Держкомстат України; 2008. 96 с.
4. Калмикова Ю.С. Методи дослідження у фізичній реабілітації: дослідження фізичного розвитку. ХДАФК. Харків, 2014.
5. Корнеев Н.М., Толмачева С.Р., Пересыпкина Т.В., Сидоренко Т.П. Детская инвалидность в Украине, 2012 (5): 3–6. Режим доступу: www.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/psmno/2012
6. Козьявкін В.І. Метод Козьявкіна – система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації : посібник. Львів : Папуга; 2011. 240 с.

7. Макаров В.А. Вступительное слово. Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. 2009. № 1. С. 3.
8. Vojta Václav. Das Vojta-Prinzip, Václav Vojta, Annegret Peters. Auflage, Springer Heidelberg, 2007. 240 p.
9. Дубровский В.И. Детские церебральные параличи. Спортивная медицина : учеб. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. С. 425–426.
10. Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи [Текст] : навчально-методичний посібник. Інтермед, 2005. 416 с.
11. Киселев Д.А., Тучков В.Е., Губанов В.В. Реабилитация детей с ДЦП с использованием метода кинезиотейпирования. *Международный медицинский научный журнал*. 2015; 5(5): 65–70.
12. Кущенко О. Методологічні основи та складові програми відновлення активності та участі дітей з геміплегічною та диплегічною формами церебрального паралічу засобами ерготерапії та фізичної терапії. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2017; (2): 95–102.
13. Ильницкий А.Н. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии. *Геронтология*. 2013; 1(1): 408–12.
14. Ильницкий А.Н., Прошаев К.И. *Геронтологический журнал им. В.Ф. Кузнецова*. 2012; 4–5: 66–84.
15. Novak I. Occupational Therapy Home Programs for Cerebral Palsy: Double-Blind, Randomized, Controlled Trial. 2009. doi:10.1542/peds.2009-0288
16. Кущенко О.О. Формування побутової активності дітей 4–6 років з церебральним паралічем засобами ерготерапії : автореф. дис. канд. наук : 24.00.03. Київ, 2018.

Парфило Г.В.

студент,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦІВНИКІВ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ ФАЛАНГ ПАЛЬЦІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Постановка проблеми. Повернення до роботи після ампутації фаланг пальців верхньої кінцівки є важливим кроком в реабілітації, проте це не означає закінчення процесу реабілітації. Після повернення на робоче місце працівники можуть зазнавати труднощів, які ставлять під загрозу процес їх реабілітації.