

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ ТА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Ольга Марченко, Юлія Кривошилик

Національний університет фізичного виховання і спорту України



Аннотация

Рассмотрены медицинские и социальные аспекты проблемы детского церебрального паралича. Проанализирована статистика заболеваемости ДЦП в разных странах мира и в Украине, определены клинические проявления и осложнения данного заболевания. Обоснована необходимость повышенного внимания государства к данной проблеме. Рассмотрены мероприятия по решению этой проблемы со стороны власти.

Ключевые слова: ДЦП, ребенок-инвалид, восстановление, социализация, реализация прав.

Annotation

Examined the medical and social aspects of cerebral palsy. Analyzed the incidence of cerebral palsy statistics in different countries and in Ukraine, defined clinical manifestations and complications of the disease. The necessity of increased government attention to the problem. Consider measures to solve this problem by the authorities.

Key words: Cerebral palsy, a child with a disability, rehabilitation, socialization, the exercise of rights.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. У всьому світі та в Україні в тому числі спостерігається тенденція до збільшення кількості захворювань і травм нервової системи, про що свідчать такі дані. За даними ВООЗ кількість дітей “з особливими потребами” складає 2-3% дитячої популяції. У структурі інвалідності дітей віком до 16 років перше місце посідають хвороби нервової системи (23,7%). Медична статистика України показує, що внутрішньоутробні і родові ушкодження нервової системи (НС) новонароджених зросли з 177,9 до 209,2 на 1000 дитячого населення в період з 2004 по 2010 рр. [2, 3, 6]. Провідною ж патологією нервової системи є дитячий церебральний параліч (ДЦП). Це важке захворювання інвалідизує дитину не тільки, уражаючи рухову систему, але і викликає порушення мови й інтелекту. Понад 70% хворих ДЦП – важкі інваліди. Тому проблема профілактики, ранньої діагностики і лікування перинатальних ушкоджень нервової системи має в Україні не лише медичне, але й велике соціально-економічне і загальнолюдське значення, оскільки йдеться про дітей, хворих з дня свого народження, і які залишаються майже все своє життя інвалідами. Ці діти вимагають від суспільства не лише великих матеріальних, але і психологічних витрат [4, 7, 10].

Мета дослідження. Визначити основні медико-біологічні і соціально-економічні аспекти проблеми дитячого церебрального паралічу.

Завдання:

1. Вивчити клініку порушень при ДЦП.

2. Проаналізувати провідні підходи до корекції рухової сфери дітей з церебральними паралічами у літературі сучасних вітчизняних та зарубіжних авторів.

3. Визначити стан захворюваності на церебральний параліч.

4. Визначити основні проблеми дітей з церебральними паралічами (ЦП) та роль держави у їх подоланні.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури та інтернет ресурсів з даної проблеми.

Виклад основного матеріалу. ДЦП – це збірний термін, що об’єднує групу непрогресуючих станів, – розладів рухів (паралічі, гіперкінези, атаксія), які можуть поєднуватися з порушеннями психіки, мовлення, сенсорних систем, епілептичними нападами. Найявністю розладів руху і пози тіла при ряді неврологічних хвороб у дітей спонукала багатьох авторів виділити ДЦП – як хворобу і ДЦП – як синдром [3,5,6,8,9].

Згідно з концепцією українських учених у діагностиці даного захворювання виділяються три провідні синдроми: синдром ру-



хових порушень, синдром порушень інтелекту, синдром мовленневих розладів.

У зарубіжній та вітчизняній літературі існує понад 40 класифікацій ДЦП. Більшість спеціалістів на даний момент користуються класифікацією К.О. Семенової (табл. 1) [3,5,6,7,8,9].

Як видно з наведених даних, більшість дітей мають значні про-

блеми у здоров'ї, через що їхнє життя значно обмежене. Багато з них не ходять до школи, не можуть займатися тими справами, якими займаються звичайні діти.

За даними американської асоціації церебральних паралічів (Research Fact Sheets, United Cerebral Palsy Research & Educational Foundation, березень 2009) 1 з 9 інвалідів з наслідками ДЦП

мають ознаки аутизму; 1 з 4 – страждають епілептичними нападами; 1 з 11 дітей з ЦП – мають проблеми із зором. Приблизно в кожного третього з 10 дітей з ЦП – серйозні проблеми, пов'язані з навчанням; 1 з 50 дітей таких дітей – страждають тугоухістю або глухотою; в 1 дитини з 20 – спостерігаються тремор і розлад координації руху (атаксія); 1

Таблиця 1

Клінічні прояви ДЦП

Форми ДЦП	Клінічні прояви	Нейропсихологічні особливості	Прогноз
Спастична диплегія (хвороба Літля)	Уражає обидві половини тіла, причому більшою мірою ноги, ніж руки. Раннє формування контрактур, деформацій хребта і суглобів. Часто зустрічається косоокість, що сходиться, атрофія зорових нервів, порушення слуху.	Затримка психічного та мовленнєвого розвитку, наявність елементів псевдобульбарного синдрому. Порушення мови у вигляді затримки її розвитку, зниження інтелекту.	Ця форма є найбільш сприятливою щодо можливостей соціальної адаптації. Ступінь соціальної адаптації може досягати рівня здорових при нормальному розумовому розвитку та хорошему функціонуванні рук.
Подвійна геміплегія	Рухові розлади виражені рівною мірою в руках і ногах, або руки уражені сильніше за ноги. Мікроцефалія вторинного характеру. Косоокість, атрофія зорових нервів, порушення слуху, псевдобульбарний синдром, епілептичні напади. Раннє формування контрактур, деформацій тулуба й кінцівок.	Когнітивні розлади, мовленнєві порушення.	Важкий руховий дефект рук і відсутність мотивації виключають самообслуговування і просту трудову діяльність.
Гіперкінетична форма	Наявні гіперкінези: атетоз, хореоатетоз, торсійна дистонія (у дітей на перших місяцях життя – дистонічні атаки), дизартрія, окорухові порушення, зниження слуху, підвищенням м'язового тону. Відсутня правильна установка тулуба і кінцівок.	Мовні порушення у формі гіперкінетичної дизартрії. Розвиток інтелекту йде здебільшого задовільно. У більшості дітей відмічають збереження інтелектуальних функцій,	Є прогностично сприятливим щодо соціальної адаптації, навчання. Діти з хорошим інтелектом закінчують школу, середні спеціальні й вищі учбові заклади, адаптуються до певної трудової діяльності.
Атонічно-астатична форма	Класичний симптомокомплекс (м'язова гіпотонія, атаксія) та різні симптоми мозочкової асинергії (дисметрія, інтенційний тремор, дизартрія), низький тонус м'язів, атаксія та високі сухожильні і періостальні рефлекси.	Нерідкі мовні розлади у формі дизартрії. Помірна затримка розвитку інтелекту, а у ряді випадків має місце олігофренія у ступені глибокої дебільності або імбецильності.	Недорозвиток мови та інтелекту.
Геміплегічна форма (спастична геміплегія, геміпарез)	Клінічно характеризується розвитком спастичного геміпарезу (тип Верніке-Манна). При цій формі нерідко зустрічаються фокальні епілептичні напади, одностороннє ураження кінцівок. Рука зазвичай уражена більше, ніж нога.	Затримка психічного та мовленнєвого розвитку.	Діти з геміпарезами опановують вікові навички пізніше, ніж здорові. Тому рівень соціальної адаптації більшою мірою визначається не ступенем рухового дефекту, а інтелектуальними можливостями дитини.
Змішані форми	Вищезазначені клінічні симптомокомплекси впевнено дозволяють у переважній більшості випадків діагностувати конкретну форму ДЦП.		



з 3 дітей – не може самостійно пересуватися; в кожній четвертій дитині – проблеми з самообслуговуванням (одягання, прийом їжі і тому подібне) [4].

Проблема дитячого церебрального паралічу не нова для нашого часу. Ще в 1861 році Вільям Джон Літгль виокремлював різні форми цієї хвороби. З того часу по теперішній наші та зарубіжні вчені не зупиняються у пошуку засобів лікування та відновлення здоров'я дітей, хворих на ЦП.

Так, в 40-х роках ХХ століття Карл і Берта Бобат почали розробляти свій підхід до відновлення таких дітей. Основою його було застосування спеціальних положень тіла дитини, прийомів догляду за ним, що контролювали сенсорні стимули до нервової системи. Вони використовувалися як для зниження спастичності м'язів, патологічних рефлексів і патологічних рухових моделей, так і для створення нормального м'язового тону, реакцій рівноваги і правильних рухових моделей [5,6,8].

На думку чеського лікаря В. Войта (1954), основною проблемою у дітей, що мають те або інше порушення рухового розвитку, є функціональна блокада. Суть реабілітації полягає в тому, щоб примусити мозок активізувати «природжені збережені зразки руху» і скоординувати їх із мускулатурою тулуба й кінцівок. В. Войта в результаті багаторічних спостережень запропонував як метод терапії рефлексну локомоцію або за іменем автора – Войта-терапія [5,6,8].

Угорський лікар А.Петьо геніально поєднав високу кваліфікацію медика з досвідом педагога та запропонував свою методику відновлення при ДЦП. Згадана система знайома під назвами: кондуктивна педагогіка, система Петьо, кондуктивістика – методика ритмічного спонукання [5,6,8].

Українські вчені теж не стоять осторонь цієї проблеми. Ще у 1990 році у Львові був створений реабілітаційний центр

«Еліта» для лікування хворих з органічною патологією нервової системи. Він обладнаний сучасною лікувально-діагностичною апаратурою. Основним методом реабілітації у Центрі є система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) – оригінальна методика професора В.І. Козьявкіна. В основі системи реабілітації лежить «полімодальний підхід із застосуванням різнобічних методів впливу на пацієнта. Основним компонентом методики, як зазначає сам професор, є біомеханічна корекція хребта і великих суглобів, у сполученні з комплексом лікувальних заходів: рефлексотерапією, лікувальною фізкультурою, системою масажу, ритмічною гімнастикою, механотерапією й апітерапією» [7].

Ще в 1993 році ця система реабілітації була офіційно визнана в Україні і завдяки своїй ефективності одержала широкий міжнародний авторитет. В енциклопедичному виданні з дитячої ортопедії за редакцією німецького професора Ф.Ніетарда ще в 1997 році методика В.І. Козьявкіна була включена в четвірку найбільш ефективних консервативних методів реабілітації пацієнтів із ДЦП [7].

Але, незважаючи на великий розвиток медичної науки, кількість дітей із церебральним паралічем не зменшується. Поширеність церебрального паралічу навіть у промислово розвинених країнах становить від 1,7 до 5,9 на 1000 народжених.

В Україні ж частота ДЦП складає 2,4 - 2,5 випадків, а в різних регіонах країни коливається від 2,3 до 4,5 на 1000 дитячого населення. Така частота здається невисокою порівняно з, наприклад, синдромом Дауна, частота якого складає 1 випадок на 500-800 (у промислових районах – 650) новонароджених. Але навряд чи в якомусь іншому випадку існують такі ж суперечливі погляди у від-

ношенні лікування, розвиваючого навчання, довгострокового спостереження і соціального забезпечення дітей, підлітків та сімей, які піклуються про них [2, 4, 7, 10].

Діти з обмеженими можливостями – це особлива соціальна група населення, неоднорідна за своїм складом і диференційована за віком, статтю і соціальним статусом. Особливість цієї групи полягає в нездатності самостійно реалізувати свої конституційні права і задовольнити свої соціальні потреби в охороні здоров'я і реабілітації, освіті, працевлаштуванні і незалежному житті. Група дітей з обмеженими можливостями, як і будь-яка інша соціальна група, має свої інтереси і потреби, проте через свої особливості і обмеження життєдіяльності діти не в змозі самостійно їх задовольнити. Це посилюється тим, що сім'я дитини-інваліда не захищена матеріально. За твердженням Уповноваженого з прав людини, доля прожиткового мінімуму дитини-інваліда, що покривається щомісячними нарахуваннями складає не більше 3% необхідних витрат! Тим часом, витрати на утримання однієї хворої дитини, на здійснення коректувальних програм з нею, в 3 рази вище, ніж на утримання здорової дитини [2, 4,10].

Соціальне життя такої сім'ї не захищене. Разом із дитиною батьки мають права, визначені законом, – але без юридичної підтримки навіть не знають про закони. Деколи вони роками б'ються з місцевими чиновниками за права дитини. Інколи перемагають. Але часто перемога буває не повною і дістається дорогою ціною – безповоротно втраченого для розвитку дитини часу. І не кожен витримає таку боротьбу.

Існує дуже складна проблема навчання дітей-інвалідів, особливо – з важкими інтелектуальними порушеннями. Від занурення їх в адекватне середовище розвитку, середовище навчання, може кардинально залежати їх інте-



лектуальний рівень. Проте у нас в країні немає розвиненої системи навчання таких дітей. Закон теоретично гарантує їх право на навчання, але реалізувати його інколи буває дуже важко або неможливо.

Звичайно, для дітей зі збереженим інтелектом можливе індивідуальне навчання – до дитини вчителі приходять додому. Але це не може замінити дитині навчання з однолітками, коли дитина бачить приклад інших і намагається краще вчитися, розвиватися. Немає такої важливої для дитини змагальної функції, коли хочеться зробити краще. Дитина з церебральним паралічем залишається у своєму середовищі – батьки, лікарі, вчителі. З часом вона сама вже не хоче покидати своє «гніздечко». Навіщо? Адже нема чого прагнути. За порогом дому її ніхто не чекає. Поступово у неї пропадає бажання відновити навіть таку важливу функцію, як хода. Мама все піднесе, перевдягне, подасть. І от дитина, а згодом, і доросла людина випадає із суспільного життя.

А батьки дітей? Цілими днями вони біля дитини. Це стає їх життям. Мама бачить те саме, що і дитина – лікарі, вчителі і – багато невирішених проблем.

Як видно з вищевикладеного, дитячий церебральний параліч – велика не лише медична, але і соціально-економічна проблема.

Реалізацію гарантованих державою прав і задоволення основних потреб дітей з обмеженими можливостями для подальшої їх соціальної адаптації покликані здійснювати сім'я, опікуни, школа, лікувальні і реабілітаційні установи, суспільство в цілому.

Для таких дітей та їх сімей потрібна спеціалізована допомога – лікарі, педагоги, психологи та просто небайдужі люди. Але держава не стоїть в стороні від проблем дітей з ДЦП.

Ще у 2005 р. був прийнятий закон України № 2961 – IV, який

відповідно до Конституції України визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

Практично у всіх обласних центрах України створені спеціалізовані реабілітаційні центри, в яких працюють професіонали високого рівня, що використовують різні сучасні методики.

Згідно постанови Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2006 р. № 1652 «Про затвердження Порядку забезпечення окремих категорій населення технічними та іншими засобами реабілітації і формування відповідного державного замовлення, переліку таких засобів», діти-інваліди, діти віком до 18 років мають право на безоплатне забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації відповідно до Законів України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про охорону дитинства», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про загальну середню освіту» [1,2,7,10].

Висновки

1. У дитини з церебральним паралічем певною мірою не працюють три основних системи – рухова, мовленнєва та інтелектуальна. Можливості життєдіяльності такої дитини в суспільстві значно знижені.

2. Дитячий церебральний параліч має не лише медичне, але і велике соціально-економічне і загальнолюдське значення, оскільки йдеться про дітей, хворих з дня свого народження, і які залишаються майже все своє життя інвалідами. Ці діти вимагають від

суспільства великих матеріальних і психологічних витрат.

Перспективи подальших досліджень. Плануються дослідження, спрямовані на визначення найбільш доступних методів лікування та реабілітації дітей, хворих на церебральний параліч, та розроблення програми фізичної реабілітації для даного контингенту дітей.

Література:

1. Вернер Д. Реабилитация детей-инвалидов / Д. Вернер. – М., 1995. – 87 с.
2. Козьявкін В.І. Методика проф. В. І. Козьявкіна. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. Блок кінезіотерапії. / В.І. Козьявкін, Б.Д. Волошин. - Міжнародна клініка відновного лікування. Трускавець, 2004. – 125 с.
3. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Навчально-методичний посібник. / За ред. В.Ю.Мартинюка, С.М. Зінченко. – К.: Інтермед, 2005. – 416 с.
4. Макаров В.А. Вступительное слово / В.А. Макаров // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. – 2009. - №1. – С.3.
5. Марченко О.К. Основы физической реабилитации : учебник для студентов высш. учеб. заведений / О.К. Марченко. – Киев : Олимпийская литература, 2012. – 528 с.
6. Молчанова Л.Н. Статистика ДЦП – Что такое детский церебральный паралич (ДЦП)? / Л.Н. Молчанова // «Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения». - 2009. – №1. - С.15.
7. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. / К. А. Семенова. – Москва: Закон и порядок, 2007. – 616 с.
8. Янушанец Никита. Если ваш ребенок болен ДЦП. / Никита Янушанец. – СПб: ПИТЕР,



2004. – 128 с.
9. Шипицына Л.М. Социальная и педагогическая интеграция. Проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение развития ребенка. / Л.М. Шипицына. – СПб., 2001. – 190 с.
10. Vojta Václav. Das Vojta-Prinzip, 3./ Václav Vojta, Annegret Peters. – Auflage, Springer Heidelberg, 2007. – 240 p.

