

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКА ХОДЬБЫ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО КОСТЮМА «АДЕЛИ» ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

*М.Д. Панкова, Е.В. Дружко
Минск, БГУФК*

В структуре детской инвалидности детский церебральный паралич составляет 30–70% и относится к числу самых распространенных заболеваний, приводящих к ограничению жизнедеятельности и существенно снижающих качество жизни детей. В связи с тем, что число пациентов с данным диагнозом имеет тенденцию к неуклонному росту и приводит к значительной инвалидизации, поиск эффективных методик физической реабилитации детей с данной патологией является одной из основных проблем современной медицины. Одной из наиболее сложных проблем является разработка средств и методов двигательной активности для данной категории детей [1, 2, 4, 7, 8].

Цель исследования – формирование навыка ходьбы у пациентов с детским церебральным параличом путем применения методики, основанной на использовании лечебного костюма «Адели».

Материал и методы. Исследования проводились на базе УЗ «Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями». Методом случайной выборки были сформированы две группы: контрольная (КГ) и экспериментальная (ЭГ). В каждой группе насчитывалось по 20 пациентов с диагнозом: детский церебральный паралич, спастическая форма I–II степени. Средний возраст пациентов в ЭГ составил $6,0 \pm 0,24$ лет, в КГ – $6,2 \pm 0,28$ лет. Гендерные различия при исследовании не учитывались. Для пациентов экспериментальной группы была разработана методика, отличительной особенностью которой явились дополнительные занятия с использованием лечебного костюма «Адели» с последующим применением укладок в среднем физиологическом и корригирующем положении [3, 5, 6]. Контрольная группа занималась по методике реабилитации лечебного учреждения, включающей: лечебный массаж, лечебную гимнастику, лечение положением, теплотечение и занятия на тренажере «Lokomat». Занятия в группах проводились в течение 15 дней. Для оценки эффективности реабилитационных мероприятий в обеих группах было проведено тестирование в начале и в конце курса реабилитации. Полученные в процессе тестирования результаты были обработаны с помощью математической статистики. Для оценки качества походки использовался тест «Индекс ходьбы Хаузера», отражающий как мобильность пациента, так и его потребность во вспомогательных средствах передвижения; 3-метровый тест, предусматривающий контроль времени, за которое пациент встанет со стула, пройдет 3 м, повернется, возвратится к стулу и сядет. При необходимости проводится с использованием вспомогательных средств. Для оценки со стояния вестибулярного аппарата применялась проба Ромберга. Полученные результаты обрабатывались с методом математической статистики. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с помощью операционной системы Windows 97, Excel.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности, разработанной методики, направленной на формирование навыка ходьбы на основе применения лечебного костюма «Адели», нами проведена оценка показателей, характеризующих исходное состояние и конечные результаты навыка ходьбы у детей обеих групп (таблица).

Оценивая исходные показатели детей обеих групп, нами не было выявлено значимых различий в анализируемых показателях, что свидетельствует об однородности групп. Проведенный курс физической реабилитации у пациентов экспериментальной группы достоверно увеличил темп ходьбы и улучшил функцию вестибулярного аппарата. Значительно улучшилось качество ходьбы, однако достоверных различий не выявлено. У пациентов контрольной группы курс физической реабилитации также способствовал достоверному улучшению результатов 3-х метрового теста и пробы Ромберга, однако результаты достоверно ниже по сравнению с экспериментальной группой. Это связано, по нашему мнению, с тем, что принцип действия лечебного костюма «Адели» заключается в формировании мощного нормализованного потока афферентной импульсации за счет направленной коррекции позы и движений пациента с помощью

опорных и регулируемых элементов и воздействия на двигательный центр головного мозга с целью восстановления его нарушенных функций.

Таблица – Результаты исследования экспериментальной и контрольной групп до и после эксперимента ($X \pm S_x$)

Тесты	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Достоверность между группами
Индекс Хаузера, балл	5,23±0,81 4,35±0,63 – 10,7% $p \leq 0,05$	5,25±0,91 4,26±0,73 – 14,6% $p \geq 0,05$	$\geq 0,05$ $\geq 0,05$
3-метровый тест, сек	21,91±3,13 18,31±2,71 – 16,1% $p \leq 0,05$	21,45±3,83 15,42±3,91 – 28,7% $p \leq 0,05$	$\geq 0,05$ $\leq 0,05$
Проба Ромберга, сек	14,02±1,34 18,82±5,41 20,5% $p \leq 0,05$	13,93±1,62 21,23±4,82 48% $p \leq 0,05$	$\geq 0,05$ $p \leq 0,05$

Заключение. Введение в методику, формирования навыка ходьбы у детей с диагнозом детский церебральный паралич спастической формы I–II степени, занятия с использованием лечебного костюма «Адели» приводит к разрушению сложившихся патологических синергий и становлению новых нормализованных рефлекторных связей, что и оказывает соответствующее лечебное воздействие на структуры центральной нервной системы, контролирующие движения и речь.

Список литературы

1. Никитина, М.Н. Детский церебральный паралич / М.Н. Никитина. – М.: Медицина, 2000. – 297 с.
2. Нэнси, Р.Ф. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие / Р.Ф. Нэнси. – Теревинф, 2009. – 219 с.
3. Перхурова, И.С. Регуляция позы и ходьбы при ДЦП и некоторые способы коррекции / И.С. Перхурова, В.М. Лузиневич, Е.Г. Сологубов. – М.: Медицина, 1997. – 242 с.
4. Потапчук, А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) / А.А. Потапчук. – М.: Медицина, 2003. – 316 с.
5. Публикация // Эффективность применения костюма «Адели» при лечении ДЦП [Электронный ресурс]. – 2006. – Режим доступа: <http://www.adeli-suit.com/ru/bibliografija-spravocchnaja-informatsija/uncategorised/article07-lr>. – Дата доступа: 16.02.2016.
6. Рогов, А.В. Способы реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / А.В. Рогов // Детская и подростковая реабилитация. – М.: Медицина, 2008 – С. 47–49.
7. Семенова, К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: руководство для врачей / под ред. Н.М. Маджидов. – М.: Медицина, – 1998. – 487 с.
8. Семенова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова. – М.: Медицина, 2000. – 197 с.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ С ПОМОЩЬЮ КРЕАТИВНЫХ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРАКТИК

*Т.Л. Поконова, В.Г. Калюжин
Минск, БГУФК*

Некоторые исследователи не без оснований полагают, что моторное недоразвитие сужает возможности взаимодействия ребенка с окружающим миром, обедняя запас знаний о нем. Редуцируется также круг эмоциональных стимулов, воздействующих на ребенка благодаря его двигательной активности. Возможно, именно двигательная недостаточность является причиной отставания в умственном развитии и прежде всего в формировании наглядно-действенного мышления [4].

В литературе хорошо изучена общая моторика, но плохо раскрыты вопросы по развитию мелкой моторики, недостаточно научной литературы по развитию мелкой моторики у детей с интеллектуальным нарушением, недостаточно конкретных программ для использования, а детей с интеллектуальными нарушениями все больше. Данное противоречие и составляет научную проблему избранного исследования, а именно разработка специально подобранных комплексов упражнений для коррекции мелкой моторики у детей с нарушением интеллекта.