Министерство образования и науки Украины

Открытый международный университет развития человека “Украина”

Горловский филиал

Кафедра физической реабилитации

Заведующий кафедрой: доц. Томашевский Н.И.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

по дисциплине: Физическая реабилитация в педиатрии

ТЕМА: ”Физическая реабилитация при детском церебральном параличе”

Выполнил:

студент 3-го курса группы ФР-04

дневного отделения

факультета “Физическая реабилитация”

Голубев Дмитрий Алексеевич

Руководитель: Камков А.В.

2009

Содержание

1. Основной комплекс реабилитационных мероприятий в лечении больных ДЦП………………………………………………………………………………...3

1.1 Массаж при ДЦП……………………………………………………………...3

1.2 ЛФК и лечебная гимнастика при ДЦП………………………………………6

2. Методы и методические приёмы, применяемые в работе с детьми, страдающим церебральным параличом…………………………..……………10

Список литературы……………………………………………………………....13

1 Основной комплекс реабилитационных мероприятий в лечении больных ДЦП

В последние два десятилетия общепризнанно, что систематическое комплексное лечение, включающее физиотерапевтическое лечение, ЛФК и массаж, значительно улучшают состояние у большинства больных. Резкое повышение тонуса, особенно в сгибателях и приводящих (аддукторах) мышцах, способствует образованию контрактур. Такие больные с трудом передвигаются, перекрещивая ноги. Они с трудом (или не могут) выполняют точные движения рукой (пользуются ложкой, карандашом). Нередко нарушается интеллект. Больные ДЦП физически и психически отстают в развитии от своих сверстников. Вследствие пареза, паралича мышц, конечностей, их укорочения, неправильной походки, позы при сидении, как правило, нарушается осанка и наблюдаются сколиозы, кифосколиозы, патологические изменения в стопе. Нередко констатируются изменения внутренних органов вегетативной нервной системы и обменных процессов. Применение различных средств и методов физической реабилитации совместно с другими видами лечения в значительной степени снижают патологические проявления болезни.

1.1 Массаж при ДЦП

Детям, страдающим ДЦП назначают массаж с целью понизить рефлекторную возбудимость мышц, предупредить развитие контрактур, уменьшить синкинезии, стимулировать функцию паретических мышц, улучшить лимфо- и кровообращение, уменьшить трофические расстройства.

Перед массажем необходимо обеспечить максимальное расслабление мышц, подобрав исходное положение и упражнения на расслабление. Массаж проводится дифференцированно. Поглаживание, растирание, разминание сокращенных мышц с повышенным тонусом проводится нежно, плавно, в медленном темпе. Более глубокий массаж с приёмами вибрации (стегание, поколачивание) применяют для растянутых мышц. Обязателен массаж паравертебральных спинномозговых сегментов. Методика и техника массажа такие же, как при инсультах. Однако массажист должен учитывать, что перед ним ребёнок, что этот больной не только не может выполнить движения, но и никогда его не выполнял и поэтому не имеет представления, как его выполнить. Кроме того, ребёнок не понимает необходимости лечения, у него менее концентрируется внимание, чем у взрослого.

Следует учитывать и то, что больные ДЦП часто замкнуты, раздражительны. Поэтому массажист должен быть выдержанным, терпеливым, ласковым с ребенком, расположить его к себе. В кабинете должны быть игрушки, соответствующие возрасту ребёнка. Во время массажа необходимо поддерживать контакт с ребёнком разговором, игрой, создавая положительный эмоциональный фон.

В настоящее время имеется целый ряд методик массажа. Каждая из них целесообразна в конкретном случае. Знание большего количества методик необходимо и для умелого подбора приёмов в случаях, когда какая-либо система приёмов оказывается неэффективной. При использовании любой методики необходимо добиться расслабления мышц. С этой целью проводят подготовительный массаж, используя специальные укладки и упражнения на расслабление. Например, нисходящий массаж с втиранием анестезиновой мази. Рекомендуется втирать мазь охватывающим поглаживанием сверху вниз, не затрагивая сухожилий, до появления ощущения тепла. Для расслабления крупных мышечных групп применяют валяние (разминание), при котором мышечная масса больных как бы переваливается с одной руки массажиста на другую. Для расслабления мышц плечевого и тазобедренного суставов предлагается катание, при котором как бы «катают» двумя руками в направлении от себя к себе, как скалку на тесте.

В целях расслабления мышц перед массажем можно использовать приём потряхивания. Для расслабления кисти или стопы массажист захватывает предплечье или голень одной рукой и совершает ряд коротких и длинных движений в виде потряхивания. Причем потряхивания сначала выполняют в малом объёме и плавно, а затем по мере наступления расслабления мышц амплитуда и скорость их возрастают. Для расслабления мышц на всей руке или ноге массажист захватывает конечность за дистальный отдел. Руку берут за кисть, фиксируя лучезапястный сустав, ногу – за голеностопный сустав. Затем совершают встряхивающие движения вверх – вниз и в стороны.

Для расслабления мышц с успехом применяют точечный (тормозной) массаж. Так при атонически-астатической форме ДЦП назначают стимулирующий (возбуждающий) точечный массаж в виде пунктации коротких, резких, быстрых надавливаний одним или несколькими пальцами аналогичных точек, находящихся на коже над мышцами, участвующими в движении. Палец не задерживают на точке, а быстро отнимают. Повторяют несколько раз в каждой точке.

В некоторых случаях рекомендуется на одни и те же точки оказывать тормозное или возбуждающее действие в зависимости от цели массажа - расслабить мышцы или стимулировать их.

Для снижения гипертонуса мышц рекомендуют вибрацию как метод рефлекторной терапии, проводимый с помощью портативного электровибратора, предназначенного для массажа лица. Массаж лица и воротниковой зоны оказывает расслабляющее действие на мимические мышцы и способствует лечению нарушений речи. Для расслабления мышц живота предложен так называемый звуковой массаж, т.е. выполнение массажа живота в сочетании с гимнастикой и одновременным произношением звуков. Во время массажа живота (только по часовой стрелке) или тактильного раздражения отдельных участков живота больной произносит звуки «ш-ш», «р-р-р» и другие, покашливает. Высокоэффективным способом снижения мышечного тонуса являются покачивания ребёнка на мяче в положении лёжа на спине, на животе, на боку, в сочетании с массажем спины, шеи, ягодиц. Рекомендуется также для снижения гипертонуса мышц сочетать пассивное растяжение напряженной мышцы с одновременным стимуляционным массажем мышц-антагонистов.

Для нормализации мышечного тонуса во время массажа и в течение дня имеет значение расположение частей тела и их взаиморасположение по отношению друг к другу. Важно положение головы в пространстве и по отношению к шее и туловищу.

Для выведения конечностей и головы в правильное физиологическое положение можно применять приёмы расслабления сближением мест прикрепления мышц. Прежде чем растягивать спастически напряженную мышцу, следует произвести движение в сторону действия напряженной мышцы до конца, т.е. до полного объёма согнуть конечность, если она находится в сгибательном положении, или повернуть голову максимально в сторону проявления спастической кривошеи и т.п. Подержав голову в таком положении несколько секунд и проведя легкое потряхивание мышц, находящихся ранее в напряженном состоянии, можно без усилия выполнить максимально движение в обратную сторону и зафиксировать его.

Для спастически сокращенных мышц рекомендуется использовать только поглаживание и растирание. При этом необходимо проводить избирательно массаж отдельных групп мышц.

1.2 ЛФК и лечебная гимнастика при ДЦП

Лечебная физическая культура – составная часть медицинской реабилитации больных детей ДЦП, метод комплексной функциональной терапии, использующий физические упражнения как средство сохранения организма больного в деятельном состоянии, стимуляции его внутренних резервов в предупреждении и лечении болезней, вызванных вынужденной гиподинамией.

Средства лечебной физической культуры – физические упражнения, массаж, закаливание, пассивная гимнастика (мануальная терапия), трудовые процессы, организация всего двигательного режима больных с ДЦП – стали неотъемлемыми компонентами лечебного процесса, восстановительного лечения во всех лечебно-профилактических учреждениях и реабилитационных центрах.

Практически лечебная физкультура – это, прежде всего терапия регуляторных механизмов, использующая наиболее адекватные биологические пути мобилизации собственных приспособительных, защитных и компенсаторных свойств организма для ликвидации патологического процесса. Вместе с двигательной доминантой восстанавливается и поддерживается здоровье. Активный двигательный режим и положительные эмоции служат источником энергии для самозащиты организма на всех уровнях его жизнедеятельности, как в норме, так и при патологии.

Положительный эффект, который наблюдается при использовании средств лечебной физкультуры у больных с ДЦП, является результатом оптимальной тренировки всего организма. Принципы и механизмы развития тренированности совершенно одинаковы как в норме, так и при патологии. Можно говорить лишь о количественном выражении, уровне и объёме тренированности: тренировка в спорте ставит задачи максимального повышения функциональных возможностей организма, отдельных его систем и органов, а при назначении лечебной физкультуры решаются задачи дозированной тренировки, повышающей функциональное состояние больного до уровня здорового человека. Для получения положительного реабилитационного эффекта у детей с ДЦП необходима продолжительная и упорная работа. Задачи ЛФК в период остаточных явлений:

- снижение гипертонуса приводящих мышц и мышц сгибателей, укрепление ослабленных мышц;

- улучшение подвижности в суставах, коррекция порочных установок ОДА;

- улучшение координации движений и равновесия;

- стабилизация правильного положения тела, закрепление навыка самостоятельного стояния, ходьбы;

- расширение общей двигательной активности ребенка, тренировка возрастных двигательных навыков;

- обучение вместе с воспитателями и родителями самообслуживания, усвоению основных видов бытовой деятельности с учетом умственного развития ребенка.

Для решения поставленных задач используются следующие группы упражнений:

- упражнения на расслабление, ритмичное пассивное потряхивание конечностей, маховые движения, динамические упражнения;

- пассивно-активные и активные упражнения из облегченных исходных положений (сидя, лежа), упражнения на мяче большого диаметра;

- упражнения с предметами под музыку, переключение на новые условия деятельности, развитие выразительности движений; упражнения в различных видах ходьбы: высоко, низко, «скользко», «жестко», с подталкиванием; упражнения для головы в и.п. сидя, стоя;

- принятие правильной осанки у опоры со зрительным контролем; упражнения в различных исходных положениях перед зеркалом;

- упражнения для развития и тренировки основных возрастных двигательных навыков: ползание, лазание (по скамейке), бег, прыжки, (вначале на мини-батуте), метания; упражнения в движении с частой сменой исходного положения;

- игровые упражнения «как я одеваюсь», «как я причесываюсь» и т.д.

Формирование движений должно производиться в строго определенной последовательности, а именно: начиная с головы, затем идут руки – туловище, руки – туловище – ноги и совместные двигательные действия. При этом движения руками и ногами должны выполняться сначала в крупных суставах (плечевом и тазобедренном), затем постепенно захватывать средние суставы (локтевой и коленный) и далее смещаться к лучезапястному и голеностопному. При наличии сопутствующих деформаций ОДА (контрактуры, укорочения конечностей, остеохондропатия, сколиозы, остеохондрозы), соматических заболеваний спектр задач расширяется с учетом имеющейся патологии.

В период остаточных явлений расширяется комплекс средств лечебной физкультуры. В программу физической реабилитации включены массаж, прикладные виды физических упражнений, трудотерапия, гидрокинезотерапия, физиотерапия (теплолечение, электрофорез, УВЧ), иппотерапия, ортопедия (ходьба в лангетах, ортопедических ботинках, космическом костюме «Адели»). Объем суточной двигательной активности детей по мере роста и развития постепенно возрастает.

В последние годы для ЛФК характерен подъём, связанный с возникновением и развитием реабилитационного направления современной медицины. Применение средств ЛФК в системе реабилитации оказалась весьма эффективным, и вызвало значительный интерес к теории и практике их использования. Дальнейший прогресс ЛФК обусловлен углублением медицинских представлений и клинико-физиологических основах метода и накопившимся опытом работы, знание которых приводят к убеждению о необходимости лечебной физической культуры, и определяет тактику врачебных действий.

2. Методы и методические приёмы, применяемые в работе с детьми, страдающими церебральным параличом

Методическое обеспечение лечебно-коррекционного процесса двигательного развития детей, страдающих ДЦП. должно основываться на следующих принципиальных положениях:

На начальных этапах коррекционной работы с маленькими подопечными (ранний и младший дошкольный возраст), а также в случае тяжелой степени двигательных нарушений наиболее эффективным следует признать индивидуальный метод взаимодействия с ребенком, поскольку именно в этих ситуациях он наиболее беспомощен и максимально зависит от окружающих его взрослых.

В дальнейшем, в процессе прохождения ребенком лечебно-восстановительного курса (в больничном стационаре, санатории, реабилитационном центре и т. д.) возникает усиливающаяся необходимость общения данного ребенка с другими детьми. Поэтому наряду с индивидуальным методом определенное значение приобретает индивидуально-групповой метод занятий (при наполняемости группы до 3-6 детей)! Педагог (методист) по-прежнему уделяет достаточно внимания каждому ребенку, однако при этом не игнорирует групповых двигательных взаимоотношений остальных детей. В этом плане целесообразно применение метода «однородной группы», когда дети подбираются в относительно сходные подгруппы по форме ДЦП, степени тяжести двигательных нарушений, развития, сопутствующим синдромам, возрасту и т. д.

Дальнейшая социализация ребенка (его пребывание в специальном дошкольном учреждении, психоневрологическом реабилитационном центре, санатории, школе-интернате) вызывает необходимость усиления группового метода при организации коррекционно-восстановительного процесса.

Положительными моментами группового метода являются: формирование двигательных и других взаимоотношений между каждым конкретным ребенком и окружающими его детьми (без чего невозможно дальнейшее достижение эффективной социальной адаптации среди сверстников и окружающих сограждан); значительно большие возможности в плане воспитания необходимых личностных качеств, возможность использования подражательных реакций, соревновательности и т.д.

Если же говорить об общем стиле двигательных занятий с детьми раннего и дошкольного возраста, то основным здесь должен стать игровой метод, посредством которого реализуется такое основополагающее направление, как «коррекция движением через игру». В этом плане строить занятие необходимо в виде одной большой тематической игры, состоящей из взаимосвязанных (или обособленных) игровых ситуаций, заданий, упражнений, игр, подобранных таким образом, чтобы содействовать решению поставленных педагогом (методистом) коррекционных задач.

Важное значение, особенно для детей раннего и дошкольного возраста (и имеющих тяжелую степень двигательных нарушений), имеет метод повторно-кольцевого построения занятий. Его сущность состоит в том, что предлагаемые в каждом занятии коррекционные упражнения (двигательные режимы) должны постепенно, по частям воспроизводить последовательность этапов двигательного развития здорового ребенка первого года жизни: от поз лежа на спине к присаживанию, вставанию на четвереньки и т. д.

Следует отметить также крайне важный для детей с ДЦП метод предметно - практического взаимодействия детей в процессе занятий по физическому воспитанию. Положительными моментами его являются конкретность, познание свойств материалов, развитие «орудийной логики» (ознакомление с назначением предметов, способами их действия), определенная конечная результативность предметных действий и др.

Кроме перечисленных выше основных (в значительной степени традиционных) методов необходимо иметь в виду также целую группу относительно новых перспективных специфических методов работы сданным контингентом детей:

а) метод музыкально-ритмической терапии (использование соответствующих звуковых и музыкальных режимов);

б) метод цветовой терапии (оформление интерьера зала, оборудования и инвентаря в соответствующих цветовых гаммах, наиболее приемлемых в плане восприятия определенных групп детей);

в) метод аналогий с животными и растительным миром (использование известных образов, типичных поз, двигательных повадок и т. д.);

г) метод «театра физического воспитания» (с режиссером-педагогом, детскими актерскими ролями, игровой атрибутикой и т. я).

Список литературы

1. Дубровский В.И. Детские церебральные параличи. – В кн.: Спортивная медицина: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002, с. 425-426.
2. Ефименко Н.Н., Сермеев Б.В. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом. – М.: Советский спорт, 1991.– 56 с.
3. Куничев Л.А. Лечебный массаж. – К.: Вища школа. Головное изд-во, 1981. – 328 с.
4. Лечебная физическая культура: Справочник / Под ред. Проф. В.А.Епифанова. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.
5. Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике внутренних болезней. – М.: Медицина, 1982. – 223 с.