Промяна в психомоторното развитие на деца с детска церебрална парализа лекувани амбулаторно

Виктория Добрева, Цветомир Цанков, Пенка Баракова

Summary: *The report examines the algorithm of the kinesitherapeutic program of patients with Cerebral pasly. Procedures were performed in kinesis center – "Hygeia", and accommodation in the center of family type - "Pink house" – Ruse. The program reports the results of two years to eight children and one year for the remaining ten.*

Key words: *kinesytherapy, cerebral pasly, movement rehabilitation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Обединяващото звено, което определя диагнозата детска церебрална парализа е: нарушение в моторното развитие; непрогресия на оформените клинични синдроми; възможности за благоприятно повлияване при прилагане на адекватна медикаментозна терапия и рехабилитация.

СР обикновено е причинена от увреждане на мозъка, което може да случва преди или по време на раждането на детето, или през първите 3 до 5 години от живота на детето.Увреждане на мозъка, може да доведе и до други здравни проблеми, включително зрение, слух, и речеви проблеми и трудности в обучението. [1, 10]

Патоморфологично се наблюдават: микроцефалия, микро- и пахигирия, хидроцефалия, асиметрия в развитието на мозъчните полукълба, дифузна или огнищна глиоза, корова атрофия, непълноценна миелинизация, нарушение в диференцирането на невроните, непълноценност на мозъчните съдове и други. [4, 5]

Заболяването се характеризира с много разнообразна етиология. Могат да се разграничат най-общо три големи групи: различни заболявания на майката по време на бременността /ендокринни, инфекциозни, органни от различен произход/, тежки токсикози по време на бременността, увреди на плацентата, кръвна несъвместимост на родителите /обикновено от RR тип/. Определено значение имат екзоинтоксикации на майката – алкохолна, медикаментозна, наркотична злоупотреба, радиационни облъчвания върху плода /особено между 8 и 15 седмица от бременността/. Това са най-често факторите, които стоят в пренаталната етиология на детската церебрална парализа.

Втората група фактори са: форсирано или протрахирано раждане, раждане с форцепс, раждане с увита около шията пъпна връв, т.е. всички родови усложнения, които причиняват асфиксия на плода или причиняват церебрални кръвоизливи на плода.

Третата група – в периода след раждането етиологичните фактори са тежки и различни инфекции на целия детски организъм или на мозъка /енцефалити, менингити, температурни гърчове, черепно-мозъчни травми/. [5, 8]

Рисковите фактори за развитие на детска церебрална парализа са недоносеност на плода /под 2 600 гр/, двуплодие /близнаци/ и други. [4, 10]

Нарушенията при детската церебрална парализа са в две направления: в моторното развитие на новороденото на постуларния рефлекс и на координацията на движенията. Това клинично се проявява в две основни, автоматично рефлекторно регулируеми функции – изправяне до прав стоеж и равновесие.

Синдромокомплексите оформят четирри основни форми на детската церебрална парализа: спастично – паретична, екстрапирамидно – дистонична хиперкинетична; екстрапирамидно- дистонично – хиперкинетично и атонично – астатична форми.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Цел: Целта на настоящето съобщение е да представим приложената от нас кинезитерапевтична методика, прилагана в различни бази и резултатите от нея.

Тази цел ни даде възможност да определим промените в психомоторното развитие на децата.

Материал и методика:

От пролетта на 2010 година започнахме прилагането на медико – социална рехабилитация в ЦНСТ – Русе, а от лятото на 2012г. прилагахме нашата медико – соц. рехабилитация в кинезитерапевтичен салон – Хигия.

Общият брой на децата, при които приложихме нашата кинезитерапевтична програма са 8 деца от ЦНСТ – гр. Русе и 10 деца лекувани амбулаторно в Кинезитерапевтичен солон Хигия - Русе.Диагнозите, с които работихме с:14 деца са с спастична диплегия, наречена болест на Little;1 с екстрапирамиден дистоничен хиперкинетичен тип и 1 деца с двойна хемипареза. Възрастта на нашите пациенти е от 2- 16 годишна възраст. Осем от децата посещаващи кинезитерапевтичен салон Хигия са оперирани ортопедично от д- р Янакиев. На едно от децата е поставен имплант за промосупинаторните движения.След, което бе приложена кинезитерапевтична програма, включваща използването на ортопедични ергометрични уреди, пособия и апарати.

Повечето от децата, лекувани амбулаторно получават финансиране от различни организации и фондации, като "Българската Коледа", "Подай ръка", "Фонд за лечение на деца в чужбина" и др.

Кинезитерапевтичната програма бе изградена индивидуално за всяко дете според ниждите, които има и според моторната възраст на детето, която е отчетена с специално тестове.Процерурите в началото на нашето изследване в ЦНСТ се провеждаха ежедневно в продължение на 2 години, след втората година те се провеждат два пъти седмично.Децата, лекувани в кинезитерапевтичен солон Хигия извършват рехабилитация 10 дни всекидневно след премахване на ортопедичните средства, след което процедурите се извършват 3 пъти в седмицата.

Задачите, които си бяхме поставили, при някои от децата са свързане с нормализиране на рефлекторна дейност, намаляване на спастицитета, предпазване от развитието на контрактури и деформации и обучение в изпълняване на дейности, необходими за ежедневието, използване на позиционирящ стол и вертикализиране и обучение в ходоне.

Средствата, които използвахме, бяха:, пасивни движения, съчетани с използването на ортопедични средства, актични упражнения с прилагането на мануално съпротичление, специални техники, позиционна терапия,ползване на вертикализатор и позиционирящ стол. [3, 7]

За отчитане ефективността на приложената методика направихме тестовете за грубите моторни функции преди започване на лечебния курс и в края на лечение процес. Приложи се и тест за измерване на спасичността на Ashword.

Кинезитерапевтичен комплекс при деца с церебрална парализа на различна възраст

Целта на кинезитерапевтичния комплекс е да нормализира двигателната активност на болното дете, като се базира на: запазване и увеличаване на обема на движение в крайниците и стимулиране на двигателна активност, адекватна на съответна моторна възраст на детето.

Снимки 1 и 2.
Пасивни движения на долните крайници с използването на ортезни средства

Отделните фази на комплекса вървят по следния начин:

I. Запазване обема на движение:
* Поддържане на обема на движение чрез пасивни движения;
* Релаксиране на мускулите, показващи хипертонус чрез:
а/ „рефлексно потискащи позиции” по Бобат, които представляват „огледален” образ на патологичната позиция, заемана от детето;
б/ „рефлекторно търкаляне и пълзене” по Войта;
в/ упражнения върху голяма надуваема топка по Семеонова;
* Засилване на отслабените, антагонистични мускули чрез:
а/ масаж;
б/ кожна стимулация, провокираща движение, предизвикване на рефлекторни движения – „рефлекторно търкаляне и пълмене” по Войта;
в/ активни движения – „действия, стимулиращи изправянето” по Бобат и други;
г/ реакции на противодействие – „майсторски позиции” по Войта;
д/ движение срещу съпротивление.
II. Стимулиране на двигателна активност според моторната възраст: други специални техники – метод на Руд, Колис и др.

Снимки 3, 4 и 5. *Специални упражнения по Войта*

Снимки 6 и 7. *Активни движения с участието на цялото тяло*

Снимки 8 и 9. *Позиционна терапия на деца с церебрална парализа*

Анализ на резултатите

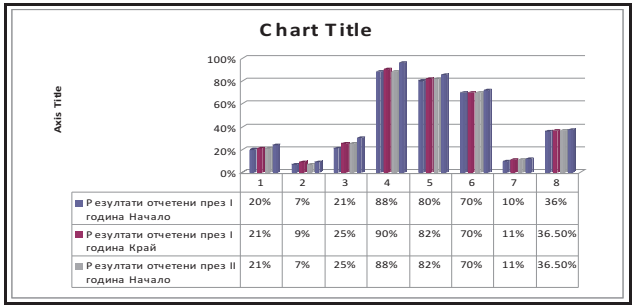
За отчитане на резултатите извършихме етапни изследвания на грубите моторни функции при деца с детска церебрална парализа, настанени в социалната институция и на деца, които живеят при биологичните си семейства.

Данните от проведените тестови изследвания в началото и края на кинезитерапевтичната програма са представени в табличен вид:

Резултати от теста за грубите моторни функции при децата от ЦНСТ – Русе

	Резултати отчетени през I година		Резултати отчетени през II година	
Име	Начало	Край	Начало	Край
С.С	20%	21%	21%	24%
Ив.Ст	7%	9%	7%	9%
В.Т	21%	25%	25%	30%
Пл.Г	88%	90%	88%	96%
Н.А	80%	82%	82%	85%
К.Б	70%	70%	70%	72%
Кр.Е	10%	11%	11%	12%
М.С	36%	36.50%	36.50%	37%

Таблицата показва резултатите отчетени и през двете години. Всяка от двете година има начален и крен резултат на изследването, получен чрез теста за определяне на груби моторни функции. От изложените резултати и за осемте деца се наблюдава затвърждаване и подобряване на психомоторното развитие.



Резултати при децата лекувани амбулаторно

Име	Позиция Лежане и обръщане		Позиция Седеж		Позиция Лазене и коленичане		Позиция Стоеж		Позиция Ходене, бягане и скачане		Краен резултат	
	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край
Б.К	48	51	49	54	36	39	19	20	17	20	67%	72,4%
Ст.Р	49	51	60	60	38	39	15	15	12	12	68%	69,6%
П.С	18	26	14	25	0	0	0	0	0	0	12%	18,4%
Х.Р	51	51	60	60	31	38	28	29	39	43	80%	85%
М.Г	49	49	43	57	24	33	14	26	5	19	53,5%	72,2%
М.П	14	41	2	3	0	0	0	0	0	0	6,15%	21,,8 %
Д.Д	46	49	26	47	10	16	0	7	0	0	31.47%	46,18%
Х.И	31	41	15	20	2	3	2	3	0	0	19%	25,5%
КрС	37	44	36	42	23	26	14	16	4	9	46%	54%

При пациент Б.К в първа тестова позиция се наблюдава подобряване от 48 точки на 51, която е максимума за позицията лежане и обръщане**.** Детете е самостоятелно в изпълняването на повечето движения от своято ежедневие.Б.К изправя, ходи, качва и слиза по стълби.

При вторият наш пациент се наблюдава подобряване в някой от тестовите позиции и задържане в другите, но крайният резултат показва покачване с 1, 6 процента.

При пациента П.С. при позиция А – лазене и обръщане имаме подобрение на резулата с 8 пункта.В позиция Б / седеж/ пациента заема седеж без помощ.

При пациент М.Г се наблюдава значително подобряване в психо – моторното развитие.Детето седи седнало, изправя се, ходи само. Промените във всички позиции, от които се изследват моторните функции, при това дете са с положително развитие.

При пациент М.П имаме подобряване в контрола на главата, самостоятелно обръщане с помоща на крайниците, опитва се да лази.Детето все още няма самостоятелен седеж, но дава индикации за заемането му. То показват естествено макар и бавно преминаване от една двигателна възраст в друга.

Двигателното развитие на Д.Д се подобрява. Данните показват благоприятно развитие на грубите моторни функции в три групи: най-много се променят дейностите, които детето извършва от лег и тилен лег и седеж.

При Х.И е с тежка форма на детска церебрална парализа, но с прилагането на специални упражнения, всеки ден подобрихме крайният резултат от 19% на 25,5%.Обръща се само с помоща на долните крайники в ляво и дясно. Заема седеж с помощ и се задържа за няколко секунди в това положение, т.е имаме подобряване на равновесните реакции.Заема четириопорен седеж за 30 секунди.

И при последният наш пациент резултатите показват подобряване с по няколко процента.Тук имаме леко задържане в двигателното развитието, поради това, че Кр.Ст. е с пълна ретинопатия.Постепенно детето става по – сигурно в свойте движения. Тези показатели ни карат да се надяваме, че продължаването на неврорехабилитацията и грижите за детето ще доведат до още по - голямо подобряване на неговото моторно развитие.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от нашето изследване потвърждават работната ни хипотеза, че успехът на кинезитерапията, като част от една медико-социална рехабилитация, приложено при деца с церебрална парализа в условията на Център за настаняване от семеен тип - Русе и в Кинезитерапевтичен салон – "Хигия" - Русе, се отразява благоприятно на тяхното двигателно развитие и подобрява качеството им на живот.

Резултатите показват, че прилагането на една комплексна, научнообоснована кинезитерапевтична програма, включваща разнообразни и правилно подбрани кинезитерапевтични средства, подходящи за приложение в комплексите по лечебна гимнастика и съобразени с двигателната възраст на пациентите с церебрална парализа, както и алгоритъм на нейното приложение, влияят благоприятно за регулиране на мускулния тонус, намаляват двигателния дефицит, отразяват се положително на равновесните, координационните функции и на локомоцията

ЛИТЕРАТУРА

[1] Бадалян, Л. О., Детска неврология, МФ, София, 1988

[2] Банков, С., Проприоцептивно нервно-мускулно улесняване, София, Медицина и физкултура, 1986.

[3] Баракова П., Кинезитерапия при нервни и психически болести, лекционен курс, Медицински университет, Плевен, 2009

[4] Райчев, Р., И. Райчев, Основи на неврологията, София, Артик, 2001

[5] Рязкова, М., Нашият опит от приложение на равновесни реакции в нервно-мускулната реедукция на спастично болни, VII-ма Национална конференция СМЛФК, София, 1983

[6] Топузов Ив., Ерготерапия, част 3, МУ-Плевен, 2009

[7] Хаджиев, Д., Нервни болести, МФ, София, 1992

[8] Чавдаров, Ив., Физикална терапия, лекционен курс, РУ-Русе, 2009

За контакти:

Виктория Добрева, РУ „Ангел Кънчев" - Русе, тел.:0885803772, e-mail: dobrevaa@abv.bg

Цветомир Цанков, маг .кинезитерапевт, тел.: 0893463216; e-mail: ceci_cancov@abv.bg

Доц. Пенка Баракова, д.п., тел.: 0899955088; e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Докладът е рецензиран.