

Кинезитерапията - част от медико-социалната рехабилитация в Центъра за настаняване от семеен тип, град Русе /едногодишни резултати/

Виктория Добрева, Пенка Баракова, Цветомир Цанков

Resume: This report announces the results from the kinesotherapy complex of children with paralysis cerebri placed at Family centre – Ruse. It examines the results from GMFM-88 – Gross Motor Function Measure of four children in the “Pink House” – Rouse.

Key words: kinesotherapy, paralysis cerebri, Family centre, GMFM

ВЪВЕДЕНИЕ

През 2009 година официално бе открит Център за настаняване от семеен тип в гр. Русе. Центърът е с капацитет осем места и в него са настанени деца от ДДМУИ в с. Могилино. В Центъра работи екип от специалисти: управител, една медицинска сестра, четири санитарни и четири детегледачки. С децата ежедневно работят: един физиотерапевт, един кинезитерапевт, един ерготерапевт, един психолог, един логопед.

В центъра храната за децата е външна услуга. Децата редовно се посещават от детски лекар и невролог. Центърът за настаняване от семеен тип е алтернативна социална услуга в общността, в която малка група деца живеят в среда, близка до домашната - ходят на училище, имат съседни, играят и се срещат с приятели в квартала. [3, 4, 6]

В Центъра за настаняване от семеен тип функционира среда, близка до семейната, при която децата получават необходимата им индивидуализирана грижа и подкрепа за личностно съзряване и изграждане на умения за самостоятелен и независим живот. Организирането на живота и услугите в него са насочени към създаването на условия и нагласи на децата за равнопоставено участие в живота на местната общност. [3, 4, 6]



Сн. 1, 2 Център за настаняване от семеен тип – Русе

ИЗЛОЖЕНИЕ

Целта на настоящото съобщение е да проучим ефекта от приложението на създадена от нас кинезитерапевтична програма и алгоритъм на нейното приложение в общия медико-социален рехабилитационен процес при пациентите с детска

церебрална парализа, настанени в Център от семеен тип и да се проучи ефекта от нейното приложение в рамките на една година.

Организация на работа:

Основната цел на Центъра за настаняване от семеен тип /ЦНСТ/ е осигуряване на качество на живот, което гарантира пълноценното физическо, емоционално и познавателно развитие и социално включване на всяко дете в естествената за него среда, чрез осигуряване на индивидуализирана грижа и подкрепа.

Задачите на Центъра за настаняване от семеен тип са:

Да се задоволят основните жизнени потребности на децата от храна, подслон, сигурност, развитие и се осигуряват условия за тяхното надграждане;

Да се осигури безопасна и сигурна среда за живеене, в която децата да израстват и развиват пълноценно своите възможности;

Да се осигури равнопоставено участие в живота на местната общност чрез равен достъп на децата до училище, детска градина, читалища, библиотеки, детски клубове и занимални, общински центрове за работа с деца, спортни клубове, детски площадки и др.;

Да се осигури гарантиран достъп до специализирани здравни, социални, образователни и други услуги в общността;

Да се осигурят адекватни услуги, условия и оборудване, необходими за постигане на максимална самостоятелност на децата с увреждания в тяхното обслужване;

Да се предоставят набор от услуги, грижа и занимания за формиране и развитие на хигиенни навици, умения за общуване, упражняване на различни социални роли и тяхното овладяване;

Да се оказва съдействие на децата за поддържането на връзките им с родители и близки или при възможност за приемна грижа или осиновяване;

Да се подготвят порасналите деца за самостоятелен и независим живот и да се осъществи пълноценното им отделяне от ЦНСТ и включване в живота на общността;

Да се гарантира планирането и индивидуализирането на грижите за всяко дете въз основа на екипно обсъждане и екипно вземане на решение;

Да се осигури адаптацията на детето в ЦНСТ след неговото постъпване, като планирането на грижите и интервенциите за него се основава на първоначалния период на наблюдение и обсъждане в екип;

Да се интегрира личната история на детето в обгрижването и работата с него, като по-важните събития от живота му се документират и отразяват. [6]



Сн. 3, 4 Интериорни решения в ЦНСТ „Розовата къща” – Русе

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

По време на нашата едногодишна практическа работа в Центъра за настаняване от семеен тип - Русе извършихме нашите изследвания на пет деца с детска церебрална парализа, настанени в „Розовата къща“. Под ръководството на научния ни ръководител – доц. Баракова и на кинезитерапевта Цв. Цанков, сключил договор с Управителния съвет на Центъра от семеен тип, извършвахме и практическата работа с децата, настанени там, като ефективността на проведените мероприятия е обект на настоящото съобщение.

Материал

Проучваният период бе от една година, от март 2010 до март 2011 г. Изключение е работата с едно от децата, която продължи шест месеца, след което детето бе преместено в друго заведение. Календарната възраст на децата се движи в границите от 8 до 18 години, като в тестовите тя бе приведена към съответната на възможностите им двигателна възраст.

Три от включените в настоящето проучване деца са със спастично - паретична форма на детска церебрална парализа (спастична диплегия, болест на Литъл), едно дете е с екстра-пирамидно-дистонично хиперкинетична форма. Детето, с което работихме шест месеца, бе с диагностично заключение: церебрално координационни смущения, четвърта степен, хомогенно двигателно изоставане.

С децата се занимаваха и други специалисти, обединени в неврореабилитационен екип: медицински специалисти, социален работник, психолог, логопед, педагози. Лично работихме в практическата реализация на кинезитерапевтичната програма.

МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Методиката на изследването включваше провеждане в началото и края на проучвания период на „Тест за измерване на грубите моторни функции,“ - GMFM - 88, D. Russell. [5]

Софтуерът на оценителя на грубите моторни способности е придружен от наръчник, дава възможност за преобразуване на обективната изчислителна система в интеграл. Тестовите движения включват общо 88 дейности и движения.

Тестовите движения са групирани в **пет групи**: Лазене и обръщане - със 17 тестови движения; Седеж - с 19 тестови движения; Лазене и коленичене - с 13 тестови упражнения; Стоеж - с 13 тестови движения; Ходене, бягане и скачане: с 23 тестови движения;

В практическата си работа добавихме и **скалата на Astworth** за оценка на спастичността на мускулите. [1]

МЕТОДИКА

Целта на кинезитерапевтичния комплекс е да нормализира двигателната активност на болното дете, като се базира на: 1. Запазване и увеличаване на обема на движение в крайниците и 2. Стимулиране на двигателна активност, адекватна на съответна моторна възраст на детето, като същата може да се определи чрез модифицирания тест на Хоскинс и Скуайърс. [2, 5]

Отделните фази на кинезитерапевтичния комплекс вървят по следния начин: при деца с малка моторна възраст – до 6 месеца; при деца с голяма моторна възраст от 7 до 12 месеца; 13 до 18 месеца моторна възраст; при деца в по-голяма моторна възраст. [2, 5]



Сн. 5-6 пасивни упражнения за моторна възраст до 6 месеца



Сн. 7-8 упражнения за моторна възраст от 7 до 12 месеца



Сн. 9-10 упражнения за моторна възраст 13-18 месеца и нагоре.

Анализ на резултатите от тестването по GMFM - 88, D. Russell.

В следващите таблици излагаме резултатите от тестването за период от една година на малките пациенти, с които работихме в ЦНСТ- Русе.

Табл. 1 Резултати от тестването на пациента С. С.

I позиция лежане, обръщане		II позиция седеж		III позиция лазене и коленичане		IV позиция стоеж		V позиция ходене, бягане, скачане		Краен резултат
Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	
26	25	26	5	5	0	0	0	0	20%	21%
Тп = 8		Тп = 3,9		Тп = 0		Тп = 0		Тп = 0		Тп = 2,38

Получените промени са благоприятни в позиция 1, при това темпът на прираст на тези промени е висок – 8. Благоприятни са и промените в седеж, с темп на прираст 3,9. Процентно увеличение на общите оценки е 21% и на темпа на прираст – 2, 36%.

Табл. 2 Резултати от тестването на пациента Ив. Ст.

I позиция лежане, обръщане		II позиция седеж		III позиция лазене и коленичане		IV позиция стоеж		IV позиция стоеж		Краен резултат
Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	
7	10	7	8	3	5	0	0	0	0	7%
Тп = 35		Тп = 13		Тп = 50		Тп = 0		Тп = 0		Тп = 19,6

Данните показват благоприятно развитие на грубите моторни функции в три групи: най-много се променят дейностите, които детето извършва от лег и тилен лег. Темпът на промените в първа група тестови движения е много висок - 35, което говори, че тези дейности са затвърдени. Това е осигурило изпълнението във втора група движения, които са с Тп – 13. С висок темп на прираст е двигателният сектор – лазене и пълзене. Средният темп на прираст на моторните функции при това дете е 19,6. Крайният резултат от 7% е нараснал на 9%, което говори за ефективността на нашата методика.

Табл. 3 Резултати от тестването на пациента В. Т.

I позиция лежане, обръщане		II позиция седеж		III позиция лазене и коленичане		IV позиция стоеж		V позиция ходене, бягане, скачане		Краен резултат	
Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край
27	31	21	25	8	9	0	0	0	0	21%	25%
Тп = 13,8		Тп = 17,4		Тп = 11,7		Тп = 0		Тп = 0		Тп = 8,6	

Движенията в първа позиция са с оценка от 2 точки (общ резултат 31 т.). Усвояват се и се затвърждават в практиката движенията от седеж, с промени от 4

пункта, но при висок темп на прираст – 17, 4% (за първа позиция Тп е 13,8%). Темпът на прираст на третата група движения е много добър Тп – 11,7%. Крайният резултат е променен в положителна насока, с 4 процента при Тп – 8,6%.

Табл. 4 Резултати от тестването на пациента Пл. Г.

I позиция лежане, обръщане		II позиция седеж		III позиция лазене и коленичане		IV позиция стоеж		V позиция ходене, бягане, скачане		Краен резултат
Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край	Начало
47	49	57	58	42	43	35	38	45	45	88%
Тп = 4,1		Тп = 1,74		Тп = 2,35		Тп = 8,2		Тп = 1,0		Тп = 3,48

Промените във всички позиции са с положително развитие. Темповете на прираст са също положителни. Крайният резултат е 90%, при Тп – 3,14%.

Подобриенето на средния краен резултат на четири от нашите пациентчета (без първото дете, което бе преместено в друго заведение), е 4,5% и също ни удовлетворява.

Оценките в скалата на Ashworth за спастичността на мускулите показва също положителни резултати.

ИЗВОДИ

1. Резултатите от нашето изследване показват, 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, се отразява благоприятно на тяхното двигателно развитие и подобрява качеството им на живот.

2. 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.

Тежката патология, с която работихме в проучвания ни кара да се чувстваме удовлетворени, дори и от скромните положителни резултати, които получихме при ежедневната си едногодишна работа с нашите малки пациенти от Центъра за настаняване от семеен тип - Русе. Работата ни с тези деца продължава.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Баракова., П. и колектив, Създаване на алгоритъм на действие на научно-изследователски екипи от студенти на ФОЗ в условията на учебно-клиничната практика, РУ, Русе, 2010
- [2] Кунева, Р., Ив. Чавдаров, Сензорната интеграция или „целевата игра“ като метод за работа при деца с проблеми на развитието, сборник доклади, Национална конференция по детска неврология, психиатрия и психология на развитието, София, 2006

- [3] Министерство на труда и социалната политика, Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008 - 2015 г.
- [4] Министерство на труда и социалната политика, План за действие за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2010-2011 година
- [5] Чавдаров, Ив., Съвременни представи за детска церебрална парализа и нейния мениджмънт, Юбилеен семинар, сборник доклади, София, 1999
- [6] http://www.unicef.bg/public/images/tinybrowser/upload/METODIKA_CNST_2.02.pdf
- Методика за организацията и дейността на ЦНСТ

За контакти:

Виктория Добрева, кинезитерапевт, Център за настаняване от семеен тип, тел.: 0893463209, e-mail: dobrevaa@abv.bg

Цветомир Цанков, кинезитерапевт, Център за настаняване от семеен тип, тел.: 0893463216; e-mail: cec_i_cancov@abv.bg

Доц. Пенка Баракова, д-р, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0899955088; e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Докладът е рецензиран.