

В. Н. Леденков, Д. С. Годлевская

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ У ДЕТЕЙ

В статье автор рассматривает вопросы этиологии и патогенеза детского церебрального паралича, с комплексным применением средств физической реабилитации (лечебная гимнастика, массаж, бальнеотерапия, иппотерапия, дельфинотерапия) в лечении. Изложены современные подходы, которые применяются при лечении данного заболевания у детей.

В структуре детской инвалидности детский церебральный паралич (ДЦП) составляет 30–70 %. Данное заболевание относится к числу довольно распространенных, приводящих к ограничению жизнедеятельности и существенно снижающих качество жизни детей [2].

Детские церебральные параличи являются следствием недоразвития или повреждения головного мозга на ранних этапах онтогенеза. Они проявляются нарушениями мышечного тонуса и произвольных движений. Двигательные нарушения часто сочетаются с изменениями психики, речи, судорогами. За последние 40 лет во всем мире, увеличилось число инвалидов детства с диагнозом ДЦП и составляет 1,88 случая на 1000 детей. Тяжесть инвалидизации у 20–35% больных оказывается настолько значительной, что они не могут обслуживать себя, передвигаться, трудно обучаемы. Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию. Заболевание детей с ДЦП считалось на протяжении многих лет неперспективным. Отсутствие эффективных методов лечения, квалифицированных специалистов, специализированных учреждений способствовало тому, что такие дети направлялись только в учреждения социального обеспечения. За последнее 15 лет были разработаны различные методики (методы Бобат, Козьякина, Кэбот, Фелис, Семеновой) позволяющие значительно снизить степень инвалидности или даже устранить ее [1].

Комплексное применение средств физической реабилитации у детей с ДЦП включает: медикаментозное лечение, лечебная физическая культура (ЛФК), массаж, физиотерапевтическое, логопедическое, ортопедическое лечение, гидрокинезотерапию, бальнеотерапию, грязелечение, психотерапию, рефлексотерапию, трудотерапию.

С первых недель жизни производятся специальный массаж артикуляционных мышц, особенно языка, обучение ребенка голосовым реакциям, дыханию. Обязательны специальные уклады головы, рук и ног, подавляющие шейный и лабиринтный рефлекс. Лечебная физическая культура должна воспитывать установочные рефлекс, развивать и корригировать движения. Одновременно с ЛФК выполняют точечный массаж для нормализации тонуса мышц, стимуляции рефлексорных движений, овладения произвольной моторикой.

Для выравнивания тонуса мышц, борьбы с контрактурами и деформацией рук и ног рекомендуется электростимуляция. Мышечный тонус помогают снизить грязевые аппликации по ходу позвоночника, ванны, подводный душ – массаж.

В случае стойких контрактур и деформаций прибегают к консервативному (с помощью гипсовых повязок) и хирургическому ортопедическому лечению.

Следует отметить, что развитие двигательной активности детей влияет на их общее развитие (формирование языка, психики, интеллекта, зрения, слуха). Главные задачи коррекции движений: формирование умений и навыков ползания на животе, самостоятельно принимать положения на 4-х конечностях; создать условия, соответствующие более высокому уровню двигательной деятельности ребенка, а именно: элементы стояния

на коленях, вставание с поддержкой с постепенным постановлением и выпрямлением ног, стояние возле опоры с поддержкой, без поддержки и др.

Вспомогательные задачи коррекции движений: улучшение подвижности суставов рук и ног; формирование сопротивляющейся способности рук и плечевого пояса, а также стоп и нижних конечностей в целом; формирование сопротивляющейся способности рук и плечевого пояса, а также стоп и нижних конечностей в целом.

При ДЦП наиболее эффективными являются классический лечебный массаж; сегментарный; массаж воротниковой зоны для улучшения дыхания; круговой трофический, точечный массаж; седативный и тонизирующий массаж.

Лечебный массаж применяется с целью укрепления паретичных мышц, улучшения в них кровообращения, обменных процессов, восстановления нарушенных двигательных функций. Массаж верхних и нижних конечностей детям младшего возраста надо делать с большой осторожностью, т. к. маленький ребенок не понимает задания и самостоятельно не может добиться расслабления мышечного тонуса сгибателей. Поэтому для детей младшего возраста рекомендуется применять в основном точечный массаж на конечностях, при котором участие самого больного необязательно. Из приемов массажа используется поглаживание, растирание и разминание.

Необходимо сочетать приемы лечебной гимнастики с точечным и лечебным массажем. Влияние приемов лечебной гимнастики и лечебного массажа настолько тесно связано с точечным массажем, что составляет единое целое. Лечебная гимнастика у детей старшего возраста построена на участии самого больного в движении – методист дает словесные задания, которые больной выполняет. Для детей младшего возраста следует использовать приемы пассивной гимнастики.

Эффективность массажа значительно повышается, если его применяют в одномоментном сочетании с бальнеотерапевтическими процедурами (применение минеральных вод в виде ванн, купаний, душей). Назначают процедуры мануального сегментарно-рефлекторного и местного массажа конечностей. Больным детям старше 7 лет можно проводить курс подводного вихревого массажа и подводного душа массажа.

При спастических контрактурах, деформациях костей и стоп применяют точечный рефлекторный массаж, который заканчивают пассивными движениями и лечением положением – укладками. Показан сегментарно-рефлекторный точечный механомассаж. Курс 20–25 процедур следует повторять 3–4 раза в год с интервалами не более 1 месяца [3].

В комплексной реабилитации больных ДЦП проводятся занятия на пружинных диванах и кроватях. Вспомогательными средствами являются: надувные предметы – мячи, бревна, круги, резиновые амортизаторы (бинты, шланги), войлочные наколенники (из детских валенок), эластичные бинты, фанерная площадка с закрепленными на ширине плеч ботинками и для ходьбы (примерно 60х60 см), которая обеспечивает площадь опоры и помогает ребенку сохранять равновесие, сидя на бревне и стоя.

Основные упражнения можно условно разделить на четыре группы:

1. Упражнения на расслабление: покачивание в позе эмбриона, потряхивание конечностей, упражнения, обеспечивающие сближение точек прикрепления мышц, на бревне, надувном мяче и пружинной платформе.

2. Пассивные упражнения по методике Бобата – выполнение упражнений методиста с ребенком на надувных предметах.

3. Пассивно-активные упражнения – ребенок находится на надувном предмете в определенном исходном положении и позе. Его провоцируют на адекватную реакцию: повернуться, упереться, согнуться, разогнуться, лечь, сесть, встать, выпрямиться и т. д.

4. Активные упражнения – ребенок в строгом положении (позе) может выполнять только то, что ему дозволено условиями, с постепенным расширением своих возможностей.

Допустимы следующие условно-рефлекторные позы (укладки): по Войта на надувных предметах – в положениях лежа на спине в круге (в позе эмбриона), на животе

(с 3 мес.); стоя на коленях, на четвереньках (с 4–5 мес.); сидя «по-турецки» или верхом на бревне с фиксированными стопами (5–6 мес.); стоя с фиксированными стопами в ботинках на площадке (с 8 мес.).

Достоинством физиотерапии является ее длительное последствие, суть которого состоит в том, что сдвиг в организме и терапевтический эффект не только сохраняется в течение значительного промежутка времени, но даже нарастают после окончания курса лечения. Поэтому отдаленные результаты после физиотерапии зачастую лучше непосредственных.

Бальнеотерапия может проводиться пресной и минеральной водой. В теплой воде снижается тонус мышц, уменьшаются гиперкинезы, увеличивается объем активных движений. Назначают йодобромные, валериановые, хвойные, скипидарные, кислородные, радоновые и морские ванны. Используют гидрокинезотерапию, подводный массаж, плавание. Эффективно одновременное проведение бальнеотерапии и лечебной гимнастики.

Применение грязей, озокерита, горячих укутываний показано при всех формах церебральных параличей, особенно при высоком мышечном тоне, контрактурах, после этапных гипсовых повязок, при наличии рубцовых изменений. Назначают различные виды лекарственного электрофореза, электростимуляцию мышц импульсным и синусоидальным модулированным током, электрофорез [4].

Иппотерапия (верховая езда) – многофункциональный метод реабилитации и в лечении детей с ДЦП занимает особое место, и в настоящее время считается одним из наиболее перспективных методов лечения, в результате которого дети с ДЦП в буквальном смысле встают на ноги. При верховой езде в работу включаются практически все группы мышц, при этом в работу включаются не только здоровые, но и пораженные мышцы. Повторяющиеся колебательные движения тела носят характер растягиваний, сжиманий, вращений отдельных частей тела. Езда верхом благотворно влияет на нервную систему, так как требует большой концентрации внимания, целенаправленных движений при управлении лошадью, развиваются способности ориентироваться при изменении ситуации. Исследования показывают, что у детей, больных ДЦП, которые проходят курс иппотерапии, значительно улучшается эмоциональное и физическое состояние, корректируется осанка, расширяются возможности в разведении и отведении ног в стороны, что способствует улучшению походки ребенка.

Дельфинотерапия представляет собой нетрадиционное направление при лечении детей с ДЦП, основным действующим фактором является контакт с животным. На начальном этапе ребенок знакомится с дельфином – угощает его, гладит, привыкает к животному (3–5 минут). После чего ребенка опускают в воду на 10–15 минут для общения с животным и выполнения заданий в игровой форме (существуют специальные непотопляемые круги, жилеты и нарукавники, которые способствуют удержанию ребенка на воде). На занятии ребенок не только двигается и получает эмоциональное удовольствие, он учится правильному дыханию, улучшается его разговорная функция. В процессе общения животное и ребенок объединяются, они получают положительные эмоции [3].

Все вышеизложенное дает основание утверждать, что для достижения наибольшей эффективности процесса реабилитации детей с ДЦП важна ранняя диагностика заболевания. Особое значение имеет индивидуальная разработанная программа реабилитации, которая включала бы в себя восстановительные средства и методы конкретно подобранные для данного ребенка, учитывающие его сопутствующие заболевания. При составлении программы реабилитации также необходимо учитывать скрытые потенциальные двигательные возможности ребенка, соблюдая дидактические принципы: доступности, систематичности, от простого к сложному, от известного к неизвестному. Ранее начало реабилитационных мероприятий, а так же комплексное их использование при стимуляции и поддержании двигательной активности ребенка, будет способствовать скорейшему достижению прогнозируемых результатов.

Следует отметить, что важное значение имеет психологическое консультирование родителей, так как активное и главное участие в лечении должны принимать и они.

Литература

1 Бадалян, Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М.: МЕДПРЕСС-Информ, 2002. – 608 с.

2 Гросс, Н. А. Применение физических упражнений с учетом функционального состояния детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Н. А. Гросс // ЛФК для дошкольников и младших школьников. – 2005. – № 2. – С. 26–34.

3 Лучанинова, В. Н. Эффективность реабилитации детей-инвалидов, страдающих детским церебральным параличом / В. Н. Лучанинова, С. В. Осмоловский, Т. И. Бурмистрова // Фундам. исследования. – 2011. – № 9. – С. 431–434.

4 Рогов, А. В. Способ реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата / А. В. Рогов // Детская и подростковая реабилитация. – М., 2008. – № 2 (11). – С. 47–49.

УДК 75.03*М.А. Врубель:069.5:069(470-4)

Я. И. Леоненко

ПРОИЗВЕДЕНИЯ МИХАИЛА АЛЕКСАНДРОВИЧА ВРУБЕЛЯ В ТРЕТЬЯКОВСКОЙ ГАЛЕРЕЕ: ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛЛЕКЦИИ

Статья посвящена творческому наследию Михаила Александровича Врубеля, представленному в Третьяковской галерее. Раскрыты основные этапы и способы комплектования данной коллекции; выделены проблемы, имевшие место при её формировании и последующем экспонировании. Автор статьи делает вывод, что коллекция произведений М. А. Врубеля, находящаяся на хранении в Третьяковской галерее, позволяет составить представление об особенностях его мастерства и различных этапах творческого пути.

За свою хоть и столь недолгую жизнь Михаил Александрович Врубель оставил огромное наследие, которое довольно широко представлено в музеях, в первую очередь, России. Некоторые музеи имеют достаточно многочисленные коллекции; другие же – единичные работы. Но, независимо от численности, все эти собрания важны и интересны.

Уникальным в этой связи является собрание произведений Михаила Александровича Врубеля в Третьяковской галерее. Оно превосходит другие музейные коллекции по полноте и раскрытию творческого мастерства во всём присущим ему универсализме, включающем живопись, графику, скульптуру, монументально-декоративное и прикладное искусство. Собрание Третьяковской галереи содержит как характерные, так и самые редкие работы художника: от расписных балалаек и камина, до огромного панно «Принцесса Грёза».

Начало коллекционированию произведений мастеров нового тогда поколения, к которым Врубель относился, было положено ещё Павлом Михайловичем Третьяковым. При выборе произведений Павел Михайлович полностью полагался на свой вкус, не взирая на возражения, а иногда и возмущение именитых художников. Проявляя поразительную широту взглядов, художественную интуицию и чуткость ко всему новому в искусстве, он начал собирать произведения тех мастеров, которые декларативно порвали с передвижнической традицией, в их числе А. Н. Бенуа, К. А. Сомов, Н. К. Рерих [1]. Вместе с тем, приобретать работы М. А. Врубеля Павел Михайлович не торопился.

К. А. Коровин вспоминал, как П. М. Третьяков приехал к нему в мастерскую и спросил об эскизе Врубеля «Хождение Христа по водам». Коровин ранее уже показывал этот эскиз Третьякову, но тогда тот не обратил на него никакого внимания и сказал, что