

Д.А. Залетенко, студент.

И.Г. Роменко, преподаватель.

Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина

В настоящее время наряду с восстановительным медикаментозным лечением существует множество методик реабилитации детей с диагнозом детский церебральный паралич (ДЦП), включающих физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК, сенсорная коррекция.

Кроме перечисленных традиционных методик в последнее время начато применение новых малоизвестных технологий в реабилитации больных с ДЦП, но достаточно эффективных по своему терапевтическому эффекту. Одна из таких методик - бобатерапия. Фундаментом бобатерапии является запатентованная методика кинезотерапии (способ медико-кондуктивной реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями), разработанная врачом С.М. Бубновским.

Цель данной работы – проанализировать методику бобатерапии, изучить ее эффективность и дать прогноз для дальнейшего ее применения в качестве средства реабилитации детей с ДЦП. Освоение методики и исследования были проведены на базе УО «Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» г. Лунинца, в котором данная методика применяется в течение 2-х лет.

В основе медицинской технологии метода лежат нейрофизиологические механизмы проприоцептивного нервно-мышечного проторения, повышающие реакции паретических мышц на их активное сокращение при волевом участии больного посредством специфических диагонально-спиральных моделей движения, исполняемых в проксимально-дистальном направлении в определенной последовательности в зависимости от степени нарушенного супраспинального двигательного контроля.

Диагонально-спиральной моделью движения в методе является комбинация движений, которая включает несколько суставов одновременно и три компонента движений: флексию или экстензию, абдукцию или аддукцию, внутреннюю (или внешнюю) ротацию. Для каждой из главных частей тела (головы и шеи, туловища, верхних и нижних конечностей) имеются две перекрещивающиеся диагонали движения. Каждая из этих диагоналей включает по две противоположные модели движения. Эти модели дают благоприятные возможности

мышцам для их сокращения, перехода из исходного удлинённого положения к точке максимального укорочения.

В процессе восстановления необходимого двигательного стереотипа следует придерживаться четырех основных патогенетических стадий двигательного контроля: мобильности, стабильности, контролируемой мобильности и ловкости.

Мобильность – задача достичь у пациента способность к началу движения с помощью спирально-диагональных моделей для конечности и туловища, выполняемых активно пациентом при помощи инструктора.

Стабильность – задача добиться сближения сокращающихся мышц при определенном сопротивлении, которое достигается с помощью определенного исходного положения и мануального контакта на заинтересованные группы мышц.

Контролируемая мобильность – задача выработать у пациента ротационные движения относительно продольной оси конечностей и туловища.

Ловкость – задача подготовить больного к произвольным движениям, где проксимальная двигательная стабильность способствует управлению движениями конечностей при соответствующей скорости и заданном направлении.

Хотелось бы отметить, что в отличие от кинезотерапии в бобатерапии широко применяется так называемый активный стрейчинг, т.е. не традиционно применяемое пассивное «растягивание», а «растягивание» в динамике.

Нами проводилось наблюдение применения бобатерапии на протяжении 6 месяцев на группе детей (5 мальчиков в возрасте от 5-6 лет) с атонически-астатической формой ДЦП. На момент начала наблюдения дети не могли держать голову, приподнимать ноги, мелкая моторика рук была развита слабо. За период наблюдения отмечено значительное улучшение состояния больных детей, которого невозможно добиться за незначительный период при использовании традиционных методик. В конце наблюдения у двух мальчиков улучшилась мелкая моторика рук (начали сгибаться указательный, средний и безымянный пальцы), трое начали держать голову и только один ребенок начал поднимать ногу. Как показала практика, наиболее эффективно применение активного стрейчинга в игровой форме под музыкальное сопровождение (за исключением детей с психическими расстройствами и атрофией зрительного нерва). Использование музыки позволяет снять психическую напряженность и вызывает некоторое снижение гипертонуса мышц при спастике.

В целом, можно отметить, что применение бобатерапии дает положительные результаты и оптимистичный прогноз при таком тяжелом заболевании как ДЦП. Проведенных исследований недостаточно, чтобы утверждать, что данная методика является наиболее оптимальной в реабилитации детей с ДЦП, однако использование в сочетании с другими методами реабилитации (массаж, электростимуляция, прогревание парафином) может значительно повысить ее эффективность. При этом рекомендуется применять массаж до начала мануальных приемов бобатерапии (при спастике должны преобладать приемы на расслабление, при парезах – тонизирующие).