



The use of Reflex locomotion in complex rehabilitation of neurological pediatric patients in the National Center for Children's Rehabilitation, the Branch of Corporate Fund "UMC".

Sholpan Bulekbayeva¹, Zholtay Daribayev¹, Galymzhan Zhylykybayev², Daulet Amanzhol³, Meyram Kaliyasov³

¹ The National Center for Children's Rehabilitation, the Branch of CF "UMC", Astana, the Republic of Kazakhstan

² The Neuropsychiatric department number 2 "Qadam", the Branch of CF "UMC", Astana, the Republic of Kazakhstan

³ The Neuropsychiatric department number 1 "Bobek", Branch of CF "UMC", Astana, the Republic of Kazakhstan

Abstract

Objective: To increase the efficiency of rehabilitation measures in the treatment of movement disorders. Rehabilitated 16 patients aged 1 to 5 years, of which 14 patients were children with cerebral palsy (87.5%), 2 patients with congenital malformations of the central nervous system (12.5%). 10 children (63%) had spastic syndrome with an average of 3.5 points on a scale of Ashworth, the remaining 6 (37%) - Children with a flaccid syndrome. Furthermore, according to the classification of large motor functions GMFCS, 12 children (75%) corresponded to level 5, 4 patients (25%) – to the 4th level. On a scale large motor functions GMFM average before treatment was 8.7%. There was held a course of comprehensive rehabilitation with the use of traditional kinesitherapy, hydro kinesitherapy, physiotherapy and elements of Reflex locomotion.

Results: The analysis of assessment data indicates that 16 children had average 8.7% on GMFM scale at the time of admission, and after the rehabilitation with elements of Reflex locomotion- 10.7%. Thus, the improvement rate was 2%. Evaluate patients at Ashworth spasticity scale did not give reliable results on the influence of methods of Reflex locomotion on spasticity due to the short period of rehabilitation and low frequency of sessions per day.

Conclusions: The experience of the elements of this methodology has shown the need for further study of the efficacy for longer period of application, covering a larger number of patients, as well as in combination with other methods of Kinesitherapy (Bobath, the PNF, etc.).

Keywords: rehabilitation - cerebral palsy - Reflex locomotion

JClinMedKaz 2016; 3(41):37-40. doi: 10.23950/1812-2892-2016-3-37-40

Correspondence Author: Жылқыбаев Галымжан Лекерович, Филиал КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации, Республика Казахстан, город Астана, проспект Туран, 36, телефон (7172) 51-15-52, galymzhan.zhylykybayev@nmh.kz.

ҰЛТТЫҚ БАЛАЛАР ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫ «УМС» КФ ФИЛИАЛЫНДА БАЛА ЖАСЫНДАҒЫ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫ КЕШЕНДІ ОҢАЛТУДА ВОЙТА-ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Бөлекбаева Ш.Ә.1, Дәрібаев Ж.Р.¹, Жылқыбаев Ғ.Л.², Аманжол Д.³,
Калиясов М.М.³

¹ Ұлттық балалар оңалту орталығы «УМС» КФ филиалы, Астана қаласы, Қазақстан Республикасы

² «Қадам» № 2 психоневрологиялық бөлімі, Ұлттық балалар оңалту орталығы «УМС» КФ филиалы, Астана қаласы, Қазақстан Республикасы

³ «Бөбек» № 1 психоневрологиялық бөлімі, Ұлттық балалар оңалту орталығы «УМС» КФ филиалы, Астана қаласы, Қазақстан Республикасы

Тұжырымдама

Мақсаты: Қозғалыстың бұзылуын емдеуде оңалту шараларының тиімділігін арттыру.

Әдістері: Жастары 1 жастан 5 жасқа дейінгі 16 емделушіге оңалту жүргізілді, олардың ішінде 14 емделушінің балалардың церебральды сал ауруы (87,5%), екі емделушінің орталық жүйке жүйесінің туа біткен ақауы бар (12,5%), 10 балада (63%) Ашуорт шкаласы бойынша 3,5 баллдық орташа көрсеткішті түйілу синдромы бар, қалған 6 бала (37%) солғын синдромды. Бұған қоса, GMFCS үлкен моторлық қызметтер классификациясына сәйкес, 12 бала (75%) 5-ші деңгейге, 4 емделуші (25%) – 4-ші деңгейге сәйкес болды. GMFCS үлкен моторлық қызметтер шкаласы бойынша емделуге дейінгі орташа көрсеткіш 8,7% құрады. Дәстүрлі кинезиотерапия, гидрокинездік терапия, физио терапия және Войта-терапияның элементтерін қолданған кешенді оңалту курсы жүргізілді.

Нәтижесі: Мәліметтерді бағалау сараптамасы көрсеткендей, 16 баланың емделуге түсу кезінде GMFM шкаласы бойынша орташа көрсеткіші 8,7% құраса, Войта-терапия элементтерін қолданған оңалту жүргізілгеннен кейін 10,7 % болды. Осылайша, жақсару көрсеткіші

2% құрады. Емделушілерді Войта-терапия әдісінің спастикағаәсерін түйілудің Ашуорт шкаласы бойынша бағалау оңалту кезеңінің қысқа мерзімді болуына және күнделікті айналысу жиілігінің аздығына байланысты шынайы нәтижелер бермеді.

Қорытындылар: Аталмыш әдістің элементтерін қолдану тәжірибесі әдістің тиімділігін зерттеуді әрі қарай, қолдану кезеңін ұзарту, емделушілер санын көбейту, сонымен бірге кинезотерапияның (Бобат, PNF және басқа) әдістерімен ұластыру арқылы жалғастыру қажеттігін көрсетті.

Маңызды сөздер: оңалту – балалар церебральды сал ауруы – Войта-терапия.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОЙТА-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В ФИЛИАЛЕ КФ «УМС» НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Булекбаева Ш.А.¹, Дарибаев Ж.Р.¹, Жылкыбаев Г.Л.², Аманжол Д.³,
Калиясов М.М.³

¹ Филиал КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации, г. Астана, Республика Казахстан,

² Психоневрологический отдел № 2 «Қадам», Филиал КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации, г. Астана, Республика Казахстан

³ Психоневрологический отдел № 1 «Бәбек», Филиал КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации, г. Астана, Республика Казахстан

Резюме

Цель: Повышение эффективности реабилитационных мероприятий в лечении двигательных нарушений.

Методы: Проведена реабилитация 16 пациентов в возрасте от 1-го до 5-ти лет, из них 14 пациентов составляли дети с детским церебральным параличом (87,5%), 2 пациента с врожденным пороком развития центральной нервной системы (12,5%). 10 детей (63%) имели спастический синдром со средним показателем 3,5 балла по шкале Ашуорта, остальные 6 (37%) - дети с вялым синдромом. Кроме того, согласно классификации больших моторных функций GMFCS, 12 детей (75%) соответствовали 5-му уровню, 4 пациента (25%) – 4-му уровню. По шкале больших моторных функций GMFM средний показатель до лечения составлял 8,7%. Проведен курс комплексной реабилитации с применением традиционной кинезотерапии, гидрокинезотерапии, физиотерапии и элементов Войта-терапии.

Результаты: Анализ оценки данных свидетельствует о том, что у 16 детей по шкале GMFM на момент поступления средний показатель составлял 8,7%, а после проведения реабилитации с применением элементов Войта-терапии - 10,7 %. Таким образом, показатель улучшения составил 2%. Оценка пациентов по шкале спастичности Ашуорта не дала достоверных результатов по влиянию методики Войта-терапии на спастичность в связи с кратковременным периодом реабилитации и малой частотой занятий в день.

Выводы: Опыт применения элементов данной методики показал необходимость дальнейшего изучения эффективности при более длительном периоде применения с охватом большего числа пациентов, а также в комбинации с другими методами кинезотерапии (Бобат, PNF и др.).

Ключевые слова: реабилитация - детский церебральный паралич – Войта-терапия.

Введение

С раннего возраста ребенок имеет определенные движения - это инстинктивные или рефлекторные движения. Реализуются они в силу возникновения импульсов в центральной нервной системе и распространения их до соответствующих мышц или мышечных групп. При нарушении в центральной нервной системе и опорно-двигательном аппарате, эти импульсы блокируются. Суть Войта-терапии заключается в том, чтобы заставить мозг активизировать «врожденные образцы движения», с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции. Особенно высокая эффективность данной методике в раннем возрасте. «Исторически при исследовании взаимосвязи с кинезиологией развития компоненты процесса переворачивания были сначала определены как компоненты идеального развития моторики. Дефицит указанных компонентов при наличии какой-либо патологии рассматривался в качестве блокады двигательного онтогенеза. Таким образом, активация врожденных моделей рефлекторного поступательного движения стала безусловным показанием для терапии двигательных расстройств» [1].

Актуальность применения Войта-терапии в процессе реабилитации обусловлена тем, что с каждым годом растет число неврологических больных детского возраста, течение заболевания которых приводит к последующей инвалидизации. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в среднем 10% всего населения земного шара составляют инвалиды, из которых 150 миллионов – дети. По данным Национального генетического Регистра Республики Казахстан ежегодно в

Казахстане рождается от 2000 до 3500 детей с врожденной и наследственной патологией, что составляет 20,0-24,3 на 1000 новорожденных. В том числе, «частота ДЦП составляет 2,5-5,9 на 1000 родившихся. В Республике Казахстан более 10 тысяч детей до 14 лет состоят на «Д» учете у невропатолога с этим недугом» [2].

Общепринятое лечение во многих странах основывается на кинезотерапии, педагогической коррекции, ортезировании и применении вспомогательных технических средств. В Казахстане и, в частности, на базе Национального центра детской реабилитации все эти методы лечения применяются, более того, проводится комплексная реабилитация с использованием всех кинезотерапевтических инновационных методов реабилитации. Современная мультидисциплинарная реабилитация подразумевает индивидуальный подход к пациенту. Войта-терапия, широко используемая в ведущих реабилитационных клиниках Европы, также была внедрена в Центре после его совершенствования в свете сегодняшнего дня.

Первым, кто определил методику рефлексолокомоции является чешский невролог Вацлав Войта, занимавшийся долгие годы реабилитацией детей с ДЦП. Данная методика проводится при определенных положениях тела путем давления на установленные зоны, при этом у детей вызываются рефлекторные моторные реакции туловища и конечностей. Имеются 9 описанных Войта зон на теле, а также на руках и ногах, чтобы вызвать образцы движений (acromion medialis skapularand, rumpfzone, epicondulus medialis humeri, processus styloideus radii, aponeuroses musculis gluteaus medius, spina iliaca anterior superior,

epicondulus medialis femoris, processus lateralis tuberis calcanei). Через комбинацию различных зон и чередование надавливания и растягивания активизируются оба рефлекса локомоции.

Усовершенствование данной методики и первые положительные результаты стали основой для ее внедрения в сферу реабилитологии, позже названной по автору «Войта-терапией».

Основами данной методики является формирование «врожденных образцов движения» с последующим развитием их в полноценные двигательные реакции. Причем Войта-терапия рассчитана таким образом, что постепенно, переходя от простого движения к более сложному, моторные навыки больного ребенка доводятся до моторных возможностей здоровых детей его возраста.

Цель: повышение эффективности реабилитационных мероприятий в лечении двигательных нарушений.

Материалы и методы

Важным этапом применения данной методики является Войта-диагностика, которая позволяет выявить функциональные патологии на ранней стадии развития младенца и своевременно провести коррекцию психофизических изменений новорожденных.

Основная задача методики — формирование двигательных навыков, соответствующих возрасту ребенка. Для этого используют рефлекс ползания и рефлекс поворота. Их основные феномены имеют влияние на управление телом в целом, его вертикализацию и возможность передвижения. Оба двигательных комплекса содержат элементарные компоненты передвижения: автоматическое управление равновесием при движении («постуральное управление»), выпрямление тела против силы тяжести и целенаправленные хватательные и шаговые движения конечностей («фазовая подвижность»). Благодаря терапевтически возможному выстраиванию функций осанки и поведения в ЦНС, улучшенный уровень движения может удерживаться в течение дня. Управление осанкой и движением, активизируемое в терапии, является одной из важнейших предпосылок для любой спонтанной коммуникации.

Войта-терапия как метод реабилитации детей с двигательными нарушениями может быть реализован при частом повторении упражнений в течение длительного времени (3-4 раза в день по 20-30 минут на протяжении не менее одного года), и потому рассчитан на интеграцию родителей в процесс реабилитации [3]. Родители проходят период обучения в Центре реабилитации под руководством специалиста Войта-терапевта с дальнейшим проведением упражнений дома. Войта-терапевт периодически проводит коррекцию комплекса упражнений во время консультаций или повторных курсов реабилитации.

В филиале КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации внедрена методика элементов Войта-терапии.

Для оценки эффективности Войта-терапии с июля по ноябрь 2016 года было взято 16 пациентов в возрасте от 1 года до 5 лет.

Как видно из рисунок 1, из них 14 пациентов составляли дети с детским церебральным параличом (87,5%), 2 пациента с врожденным пороком развития центральной нервной системы (12,5%). 10 детей (63%) имели спастический синдром со средним показателем 3,5

балла по шкале Ашуорта, остальные 6 (37%) - дети с вялым синдромом. Кроме того, согласно классификации больших моторных функций GMFCS, 12 детей (75%) соответствовали 5-му уровню, 4 пациента (25%) – 4-му уровню. По шкале больших моторных функций GMFM средний показатель до лечения составлял 8,7%. Проведен курс комплексной реабилитации с применением традиционной кинезотерапии, гидрокинезотерапии, физиотерапии и элементов Войта-терапии.



Рисунок 1-Нозологические структуры

Результаты

Анализ оценки данных свидетельствует о том, что у 16 детей по шкале GMFM на момент поступления средний показатель составлял 8,7%, а после проведения реабилитации с применением элементов Войта-терапии - 10,7 %. Таким образом, показатель улучшения составил 2% (рисунок 2). Данный показатель свидетельствует о том, что тенденция к более полному улучшению функций наблюдается когда в процессе реабилитации были применены элементы Войта-терапии с активным использованием раздражения rumpfzone, spina iliaca anterior superior, epicondulus medialis femoris, processus lateralis tuberis calcanei. А также комбинация различных зон и чередование надавливания и растягивания.

По двигательным навыкам 5(31%) детей начали переворачиваться, 3 (18%) детей улучшились навыки ползания, у 6 (37%) пациентов отмечены более свободные движения головой, облегчились сосательные, глотательные и жевательные движения.

Оценка пациентов по шкале спастичности Ашуорта не дала достоверных результатов по влиянию методики Войта-терапии на спастичность в связи с кратковременным периодом реабилитации и малой частотой занятий в день.

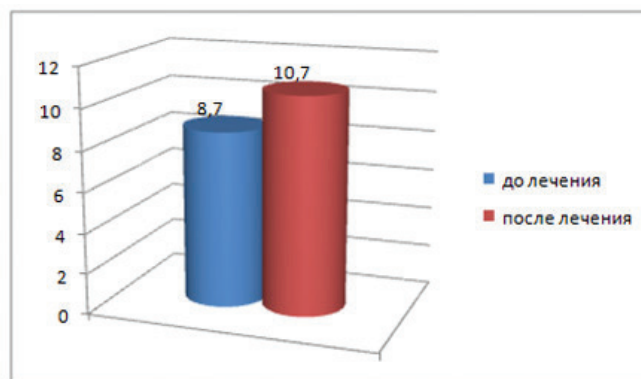


Рисунок 2-Показатель улучшения в динамике

Выводы

Опыт применения элементов данной методики показал необходимость дальнейшего изучения эффективности при

более длительном периоде применения с охватом большего числа пациентов, а также в комбинации с другими методами кинезотерапии (Бобат, PNF и др.).

Литература

1. Printsip Voytyi. Igra myishts pri reflektornom postupatelnom dvizhenii i v dvigatelnom ontogeneze.//Vatslav Voyta, Annegret Peters. Izdatelstvo «Springer». Moskva. 2014. – S. 118.
2. Detskiy tserebralnyiy paralich: formy, klinika i rehabilitatsiya v pozdney rezidualnoy stadii. Almatyi. 2003. – S. 5.
3. Printsip Voytyi. Igra myishts pri reflektornom postupatelnom dvizhenii i v dvigatelnom ontogeneze.//Vatslav Voyta, Annegret Peters. Izdatelstvo «Springer». Moskva. 2014. – S. 20.