



4. Іващенко С. Н., Шахліна Л. Я., Лазарева О. Б. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що постраждали внаслідок бойових дій. *Науковий часопис [Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова]. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2016. Вип. 3. С. 63– 67.

5. Калінкін К. Л. Проблемні питання фізичної реабілітації осіб з наслідками травматичного ураження мозку. *Молодь та олімпійський рух: зб. тез доп. 10-ої Міжнар. наук. конф. молодих учених*. 2017. №2. С. 406– 407.

6. Марйорникова С. А. Особенности комплексной реабилитации больных с черепно-мозговой травмой. *Лечебная физическая культура и спортивная медицина*. 2012. №5. С.50– 56.

Odgaard L., Poulsen I., Kammersgaard L. P. Surviving severe traumatic brain injury in Denmark: incidence and predictors of highly specialized rehabilitation. *Clin. Epidemiol.* 2015. Vol. 20 (7). P. 225– 234

Головашова Ю.С.  
Кукса Н.В.

Golovashova Yu.S.  
Kuksa N.V.

#### MODERN APPROACHES TO TREATMENT AND REHABILITATION OF CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

*The article presents a literary review of modern approaches to the treatment and rehabilitation of children with atopic dermatitis. The possibilities and effectiveness of individual means of physical therapy for atopic dermatitis in children have been clarified. The importance of an integrated approach to the treatment and rehabilitation of children of this nosology is noted.*

**Key words:** atopic dermatitis, children, treatment, rehabilitation, integrated approach.

#### СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

*У статті представлено літературний огляд сучасних підходів до лікування та реабілітації дітей з atopічним дерматитом. З'ясовано можливості та ефективність окремих засобів фізичної терапії при atopічному дерматиті у дітей. Відзначено важливість комплексного підходу до лікування та реабілітації дітей цієї нозології.*

**Ключові слова:** atopічний дерматит, діти, лікування, реабілітація, комплексний підхід.

**Постановка проблеми.** Атопічний дерматит – хронічне алергічне захворювання з поліморфними змінами на шкірі, якому притаманна вікова динаміка клінічних проявів висипань на тлі імунопатологічних розладів.

Атопічний дерматит займає провідну позицію в структурі алергічних захворювань дітей молодшої вікової групи [2]. Поширеність atopічного дерматиту неухильно зростає в усьому світі та становить від 9 до 15% у дитячій популяції [10–11]. Серед дітей дошкільного віку (6– 7 років) на atopічний дерматит страждають від



2 до 16% [13]. При цьому питома вага дітей із atopічним дерматитом може бути вище, досягаючи 24% серед дітей 5–6 років [12].

Атопічний дерматит характеризується частим рецидивуючим перебігом, що суттєво погіршує якість життя дитини (P.E. Beattie, 2006) та обумовлює її соціальну дезадаптацію (В.П. Адашкевич, 2003; G. Ricci, 2004).

Окремі аспекти профілактики, терапії та реабілітації дітей і підлітків з atopічним дерматитом у санаторно-курортних умовах висвітлено в наукових працях М.Л. Аряєва, О.Л. Богатирьової, В.Ф. Жерносек, Т.Н. Суковатих, Т.П. Дюбкової, Д. Капасакаліди, В. Ковальчук, В. Реут. У дослідженні Є.Г. Рижової, І.М. Морозової, Н.К. Арсеніна (2008) представлено результати реабілітації дітей з алергічними захворюваннями в умовах дитячого дошкільного закладу.

Натомість особливості комплексної реабілітації дітей з atopічним дерматитом у закладах дошкільної освіти залишаються поза увагою науковців.

**Мета статті** – літературний огляд сучасних підходів до лікування та реабілітації дітей з atopічним дерматитом.

**Об'єкт дослідження** – лікування та реабілітація дітей з алергічними захворюваннями.

Предмет дослідження – аналіз сучасних підходів до лікування та реабілітації дітей з atopічним дерматитом.

Атопічний дерматит (АД) розглядається як складова системного захворювання, коли в патологічний процес поряд зі шкірою втягується багато органів і систем організму – нервова, імунна, травна, ендокринна, центральна і вегетативна нервова системи, системи гомеостазу та мікроциркуляції.

АД є мультифакторіальним захворюванням, виникнення і розвиток якого визначається дією генетичних і факторів зовнішнього середовища. У 80% дітей, які страждають на АД, спостерігається обтяжена щодо алергії спадковість, частіше по материнській лінії (69–70%). Ризик розвитку АД становить 60–80%, якщо мати і батько дитини страждають від atopії, 45–50% – якщо страждає один з батьків, і 10–12% – у здорових батьків. Патогенетичну основу захворювання складають алергічне запалення та гіперреактивність шкіри, а також порушення бар'єрної функції епідермісу за рахунок генетично детермінованого дефекту ліпідного метаболізму кератиноцитів [1].

Фактори ризику розвитку АД у дітей дошкільного віку (ендогенні, екзогенні) представлено у наукових працях Т.Є. Боровик, Д.С. Коростовцева, Л.Ф. Казначеева, Т.В. Казюкова, В.А. Ревякіта та ін. Умовно виокремлюють дві основні групи факторів ризику виникнення та розвитку АД:

1. Алергенні (харчові, побутові, пилкові, епідермальні, грибові, бактеріальні, вакцинні тощо).

2. Неалергенні (психоемоційні навантаження, метеорологічні особливості, тютюновий дим, харчові добавки, ксенобіотики, полютанти тощо).

Офіційно визнаної класифікації АД немає, але традиційно фахівці при АД встановлюють характер клініко-морфологічних змін, поширеність, тяжкість перебігу захворювання, період, супутні прояви й ускладнення.

У стадіях хвороби виділяють фазу загострення (фаза виражених або помірних клінічних проявів); фазу ремісії (повна чи неповна).

Поширеність процесу при АД включає:

а) локалізована – площа ураження менше 10% поверхні тіла (ліктьові та підколінні ямки, шкіра кистей рук, шиї та/або обличчя);



б) поширена – 10– 50% (частково уражена шкіра грудей, спини, ліктьові та підколінні ямки, інші ділянки кінцівок);

в) дифузна – понад 50% (вся поверхня тіла, волосяний покрив голови) [6].

Визначають такі ступені тяжкості АД:

1) легкий (локалізоване ураження шкіри, загострення 1– 2 рази на рік, переважно в холодний період року, ремісія довготривала, добра відповідь на терапію, індекс SCORAD – до 23 балів);

2) середній (поширене ураження шкіри, загострення до 3–4 разів на рік, тривалість ремісії – менше 4 місяців, невиражений ефект від терапії, індекс SCORAD – 23– 63 бали);

3) тяжкий (поширене чи дифузне ураження шкіри, часті та довготривалі загострення, ремісії менше 2 місяців, терапія малоефективна, покращення стану не суттєве, індекс SCORAD – понад 63 бали).

Аналіз наукових праць, присвячених питанням реабілітації дітей хворих на АД, виявив, що на сьогодні існує значна кількість досліджень, в яких розглядаються особливості реабілітації дітей хворих на АД в умовах санаторію.

Так, результати дослідження Г. Б. Голяченко [5] засвідчили високу ефективність реабілітації дітей з АД в умовах санаторію, що включала такі реабілітаційні засоби і методи: дієтотерапія, сонячні ванни, лікарські ванни, апаратна фізіотерапія, теплові процедури, ЛФК.

Сонячні ванни призначались в залежності від характеру дерматиту та стану хворої дитини. Для розсмоктування інфільтрації застосовувалось теплолікування (лікувальна грязь, озокерит, парафін, 39–42 С, 15–20 хв., через день, 10–12 процедур) та сегментальні аплікації 39–41 о С («комірець», паравертебральна ділянка, попереково-куприкова ділянка), 15–20 хв., 10– 12 процедур.

У комплексі фізіотерапевтичних процедур для дітей з АД призначались: загальні сульфідні ванни, 60– 100 мг/л, 37 С, через день, 10–15 хв., N 10–12, у комбінації із зрошенням ділянок, камерними ваннами; або хлоридно-натрієві ванни малої та середньої мінералізації, 36–37 С, 10–15 хв., N 10–12; або ропні ванни, 40 г/л, 36 С, 12–15 хв., N 10–12; або радонові ванни, 5–20 нКі/л, 36–37 С, 12–15 хв., N 10–12.

Апаратна фізіотерапія для дітей з АД включала загальне УФО (з ½ біодози, збільшуючи експозицію через день на ½ біодози до трьох біодоз максимум), на курс 10–14 опромінювань; електрофорез за Щербакком: 1) 0,5-відсоткового розчину новокаїну; 2) 0,5-відсоткового розчину Димедролу; 3) 5-відсоткового розчину кальцію хлориду; інтраназальний електрофорез: 1) 5-відсоткового розчину тіаміну; 2) 10-відсоткового розчину кальцію хлориду; 3) 0,5-відсоткового розчину Димедролу.

Електросон призначався в залежності від функціонального стану нервової системи (при високій збудливості – частота струму 30–40 Гц, при переважанні гальмівних процесів – 40–120 Гц, 30–40 хв., N 10–12). За важкого перебігу хвороби призначалась PUVA-терапія.

В якості фотосенсибілізуючих засобів використовувався Псорален, Бероксан, 1–2. Пувален (за 2 год. до опромінення, дози 0,6–0,8 мг на 1 кг маси тіла), 3–4 процедури на тиждень; після зникнення висипань опромінення проводили двічі на тиждень протягом 3–4 тижнів, потім 1 раз на тиждень протягом місяця, в подальшому – 1 раз на 2 тижні.

Ультразвукова терапія проводилась безпосередньо на ділянку ураження, лабільно, 0,3–0,6 Вт/см, 10–12 хв, N 10–12; застосовувався фонофорез лікарських засобів (кортикостероїди, вітаміни, Димедрол, іхтіол та ін.). Застосовувались також



такі засоби: – електрофорез Димедролу – інтраназально або за Вермелем, бромкальцій-електрофорез; – мікрохвильова терапія – дистанційно, доза слаботеплова, 10–12 хв., N 10–15; – місцева дарсонвалізація або ультратонтерапія (тихий розряд); – індуктотермія на ділянку надниркових залоз, доза теплова, сила струму 200–250 мА, 15–20 хв., N 10–15; – діадинамотерапія на ділянку шийних симпатичних вузлів – до відчуття вібрації, 10 хв., N 6–10; – магнітотерапія змінним або постійним магнітним полем на зону ураження, N 10–20; – рефлексотерапія – у залежності від перебігу процесу та динаміки симптомів. Термін реабілітації – 24 дні.

ЛФК включала ранкову гігієнічну гімнастику і теренкур. Термін реабілітації становив 24 дні.

Результати комплексної реабілітації дітей з АД за означеною програмою засвідчили більш позитивну динаміку щодо нівеляції проявів захворювання порівняно з результатами традиційного лікування.

За результатами експериментального дослідження Державного експертного центру МОЗ України було підтверджено, що у 74,4% пацієнтів з легким та помірним ступенем тяжкості спостерігався повний регрес АД під час літньої відпустки, у 16,3% було помічене поліпшення і лише у 9,3% не зафіксована зміна ступеня тяжкості АД, що вказує на сезонний характер перебігу хвороби з поліпшенням в літній час і погіршенням в інші пори року. Відзначено, що відпустки, проведені біля моря, сприяли значному покращенню стану при АД, ніж перебування в горах, з повним регресом захворювання у 91,2% проти 11,1% пацієнтів, у яких таке покращення не спостерігалось.

Протягом останніх 25–30 років накопичено значний клінічний досвід, який свідчить про ефективність і безпеку застосування озонотерапії в комплексному лікуванні хворих АД (І.В. Кошелева, О.А. Біткіна, Н.А. Клівітська, Л.І. Шідіжева). Результати проведених досліджень свідчать, що методики озонотерапії ефективні при лікуванні АД навіть в монотерапії, але найбільшою мірою – в комплексі з медикаментозними засобами системного і зовнішнього застосування.

Використання озонотерапії дозволяє скоротити тривалість лікування і, отже, зменшити лікарське навантаження, що важливо при наявності побічних ефектів від застосування медикаментів або при супутній патології (насамперед, шлунково-кишкового тракту), що обмежує медикаментозну терапію. Процедури озонотерапії легко переносяться і мають дуже обмежену кількість протипоказань.

Фізіотерапевтичні методи на сьогодні вважаються найбільш оптимальними та ефективними методами як лікування, так і в профілактики загострень цього захворювання. Фототерапія залишається найбільш поширеним і затребуваним фізіотерапевтичним методом, застосовуваним для лікування хворих на АД.

Дослідженнями В.Ф. Жерносек, Т.Н. Суковатих, Т.П. Дюбової [7] доведено ефективність поетапного комплексного підходу (медичний, фізичний, психологічний аспекти) до лікування та реабілітації дітей з АД. Науковці рекомендують такий перелік лікувально-реабілітаційних послуг і процедур для хворих на АД: 1) дозована кліматотерапія: геліотерапія – 15 процедур, аеротерапія – 15, таласотерапія – 15; 2) лікувальна фізична культура: лікувальна гімнастика – 15 – 18, теренкур – 15–20, ЛФК в басейні – 12–15; 3) лікувальний масаж: гідромасаж – 10–12, вібромасаж – 10; 4) бальнеогрязелікування: ванни мінеральні – 10–12, ванни кисневі, перлинні, прісні, лікарські, ароматичні – 10–12, ванни сухоповітряні – 10–12, радонові ванни – 10–15, гідроклонотерапія – 3, душі лікувальні 10–12, парафінові й озокеритові апплікації – 12 –16, грязьові апплікації – 10–15, грязьові ванни – 10–12; 5) електросвітлолікування: ультразвукова терапія – 8 –1 0, електро- I трофорез лікарських речовин – 10, електросон



– 10, магнітотерапія – 10–15, лазеротерапія – 10–12, індуктотермія – 10, СМВ – 10, ДМВ – 12, дарсонвалізація місцева – 10–15, ультратонтерапія – 10–15, КВЧ-терапія – 10, лікування поляризованим світлом – 10–15, УФ0 місцеве – 3–5; 6) рефлексотерапія – 8–12; 7) психотерапія – 5–10; 8) дієтотерапія: індивідуальна гіпоалергенна.

Є.Л. Богатирьовою [4] науково обґрунтовано методику реабілітації дітей хворих на АД в період ремісії в умовах ДНЗ, яка передбачала реалізацію таких реабілітаційних заходів: дієтотерапія, масаж, психокорекція, ароматерапія, фітотерапія тощо. Результати дослідження ефективності програмного та методичного забезпечення реабілітації дітей хворих на АД в умовах ДНЗ «Лучик» дозволили відзначити в дітей експериментальної групи тенденцію до переходу тяжких форм захворювання у більш легкі, зниження респіраторно-вірусних захворювань у дітей, збільшення періоду ремісії.

Важливе значення в системі комплексної реабілітації дітей з АД набуває дієтотерапія, що полягає у виключенні з раціону хворих харчових продуктів-алергенів, а також продуктів-гістамінолібераторів. Не меншої уваги приділяється елімінаційним охоронним режимам, санітарно-гігієнічним заходам за місцем проживання та роботи (знищення кліщів домашнього пилу, усунення контакту з пір'ям, епідермісом тварин тощо).

Згідно з протоколом, затвердженим наказом МОЗ України, лікування загострення АД проводиться протягом 3–7 днів, в окремих випадках – 14 днів, із застосуванням антигістамінних препаратів першого та другого покоління, залежно від тяжкості перебігу. Так, при вираженому свербіжі, особливо вночі, перевага надається антигістамінним препаратам із седативною дією: хлоропіраміну гідрохлориду (супрастин) або клемастину (тавегіл), перитолу (ципрогентадин), фенкаролу, феністилу в краплях — у вікових дозах 3–5 днів, із переходом на антигістамінні препарати II покоління з додатковими протиалергічними властивостями (антимедіаторними й мембраностабілізуючими) – кларитин, лоратадин, дезлоратадин, фексофенадин (телфаст) – до 10–14 днів (максимально за протоколом 4–6 тижнів). Рекомендується фізіотерапевтичне лікування грязями, ультрафіолетове опромінення, селективна фототерапія, ПУВА-терапія, кліматичне лікування на морських курортах Криму, Одеси та Азовського узбережжя з елементами загартування.

Прикладом того, що первинна профілактика АД не тільки декларується, але і втілюється в життя на міжнародному рівні, може служити початок виконання угод Монреальського протоколу. У Великобританії на підставі спеціальних досліджень видані рекомендації щодо методів оцінки алергенності рекомбінантних продуктів харчування та розуміння важливої ролі дотримання гіпоалергенної дієти.

З метою вторинної профілактики алергічних захворювань у групах ризику, крім вищезазначених заходів, існує досвід проведення превентивної терапії антигістамінними препаратами II та III генерації. В інших дослідженнях була встановлена протективна роль специфічної імунотерапії в групах ризику [3].

Третинна профілактика спрямована на зменшення впливу провокуючих факторів для покращення контролю алергічних захворювань у хворих дітей та зменшення потреби в медикаментозній терапії. Цьому сприяє й активне проведення реабілітаційних заходів у дітей з алергічною патологією, санаторно-курортне оздоровлення, загартування.

З метою профілактики загострень та підвищення контролю алергічних захворювань впроваджуються освітні програми для батьків та дітей, астма-школи, проводяться спеціальні анкетування для визначення рівня контролю, бесіди, транслюються теле- та радіопередачі, розповсюджуються буклети, диски,



відеозаписи та методичні рекомендації, що дають можливість підвищити рівень знань хворих та їх рідних про перелік гіпоалергенних продуктів харчування, причини захворювання, фактори, що викликають загострення, про правильність виконання терапевтичних заходів, дозволяючи підтримувати стійку клінічну ремісію [8–9].

Важливість вищезазначеного обумовлена тим, що в забезпеченні тривалої ремісії та повного контролю над захворюванням має досягнення комплайенсу між пацієнтом, членами його родини, їх прихильності до рекомендованої терапії та розуміння необхідності дотримання всіх рекомендацій.

Таким чином, результати теоретичного аналізу наукових джерел в контексті обраного напрямку дослідження, дозволили з'ясувати, що важливим аспектом лікування та реабілітації дітей з АД є комплексний підхід, що передбачає інтеграцію різних засобів і методів (фармакотерапія, фізіотерапія, дієтотерапія, ЛФК, психотерапія тощо) та поетапність їх реалізації.

На основі аналізу наукових праць, присвячених питанням реабілітації дітей хворих на АД, відзначено, що на сьогодні існує значна кількість досліджень, в яких розглядаються особливості реабілітації в умовах стаціонару та санаторію. Специфіка реабілітації дітей хворих на АД в умовах закладу дошкільної освіти знайшла відображення лише в поодиноких наукових працях. Зазначене визначає актуальність напрямку дослідження щодо комплексної фізичної реабілітації дітей дошкільного віку, які страждають на АД, в умовах закладу дошкільної освіти.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в розробці комплексної програми фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку з АД в умовах закладу дошкільної освіти та перевірці її ефективності експериментальним шляхом.

#### Література:

1. Абек Д. Болезни кожи у детей / пер. с англ. / Д. Абек, В. Бургдорф, Х. Кремер. М.: Мед. Лит., 2007. 160 с.
2. Атопический дерматит и инфекции кожи у детей: диагностика, лечение, профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М., 2004. С. 52.
3. Аряев та ін. Сучасні підходи до профілактики та терапії атопічного дерматиту у дітей: методичні рекомендації. Київ, 2007. 40 с.
4. Богатырева Е.Л. Комплексная медико-педагогическая реабилитация детей раннего возраста с атипическим дерматитом // Альманах современной науки и образования, № 10 (29). 2009, часть 2. С. 28–29.
5. Голяченко Г.Б. Медична реабілітація хронічних дерматозів у дітей та підлітків у санаторних умовах // Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2010. № 1–2. С. 222–226.
6. Дутчак Г.М., Синоверська О.Б. Особливості перебігу атопічного дерматиту у дітей // Здоровье ребенка. 2011. № 6. С. 21–25.
7. Жерносек, В. Ф.; Суковатых, Т. Н.; Дюбкова, Т. П. Атопический дерматит у детей и подростков: клинические проявления, лечение, реабилитация больных Медицинская панорама. 2007. № 3. С. 4–10.
8. Капасакалиди Д., Ковальчук В., Реут В. Атопический дерматит. Терапия и профилактика. Особенности реабилитации в санаторно-курортных условиях // Врач. 2015; (8). С. 51–55.
9. Притуло О.А., Прохоров Д.В., Жумыкина О.И., Испирьян М.Б. Дерматокуртология – актуальное направление медицинской реабилитации



населения РФ с учетом санаторно-курортного потенциала Республики Крым. Вестник физиотерапии и курортологии. 2016;22(3). С. 49–51.

10. Boguniewicz M., Fiedler V.C., Raimer S. et al. Randomized, vehicle-controlled trial of tacrolimus ointment for treatment of atopic dermatitis in children. Pediatric Tacrolimus Study Group // J. Allergy Clin. Immunol. 1998. № 102. P. 637–644.

11. Rudikoff D., Lebwohl M. Atopic dermatitis // Lancet. 1998. V. 6, № 351. P. 1715–1721.

12. Sugiura H., Umemoto N., Deguchi H. et al. Prevalence of childhood and adolescent atopic dermatitis in a Japanese population: comparison with the disease frequency examined 20 years ago // Acta Derm. Venereol. 1998. V. 78, № 4. P. 293–254.

13. Williams H.C. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: where do we go from here? // Arch. Dermatol. 1999. V. 135, № 5. P. 583–586.

Гордашевський О.В.,  
Калінкіна О.Д.  
Костирко Д.Р.  
Звіряка О.М.

Hordashevskiy O.V.  
Kalinkina O.D.  
Kostyrko D.R.  
Zviriaka O.M.

## PHYSICAL THERAPY OF PEOPLE WITH GUNSHOT FRACTURES OF THE PROXIMAL HUMERUS

*The article presents the problems of gunshot fractures of the proximal humerus, in particular of persons in the area of the Joint Forces Operation, and effective methods of physical therapy at the sanatorium-resort stage of recovery.*

**Key words:** physical therapy, gunshot injury, shoulder joint, Joint Forces Operation.

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

*У статті представлена проблематика вогнепальних переломів проксимального відділу плечової кістки, в особливості осіб у зоні проведення Операції об'єднаних сил та ефективні методики фізичної терапії на санаторно-курортному етапі відновлення.*

**Ключові слова:** фізична терапія, вогнепальні поранення, плечовий суглоб, Операція об'єднаних сил.

**Постановка проблеми.** Останнім часом, на превеликий жаль, для України проблема вогнепальних переломів різної тяжкості стає все біль і більш болючою, враховуючи нагальну потребу у впровадженні новітніх реабілітаційних систем для відновлення працездатності та здоров'я цих осіб [1, 8].

За різними аналітичними даними літературних джерел відносно військових конфліктів виявилось превалювання вогнепальних поранень кінцівок: 54–70%, пошкодження кісток передпліччя та плеча відповідно складають 11,8% та 22,3% [3, 4, 6]. Однак, варто зазначити часті випадки вогнепальних поранень, в особливості верхніх кінцівок, зокрема серед працівників силових структур, осіб, професійна діяльність яких супроводжується використанням зброї, та також у людей які застосовують зброю для рекреації [2, 9].