



5. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. Питание, микробиоциноз и интеллект человека. СПб.: Спец. лит, 2006. 589 с.
6. Шаталова Г.С. Здоровье человека и целебное питание. Ростов н/Д: Феникс, 2000. 384 с.
7. Юсупова Л.А. Современный взгляд на проблему старения кожи // Лечащий врач: мед. научно-практ. журн. 2017. №6. С 6–10.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2018 р.

Bugaenko T.V.
Gritsenko V. A.

Бугаєнко Т. В.
Гриценко В.А.

THE PROBLEMS OF PHYSICAL THERAPY OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN WHO ARE PATIENTS WITH RHEUMATISM

The article deals with the medical and social significance of the problem of the development of children's rheumatism in Ukraine. The modern approaches to diagnostics, treatment, conduction of primary and secondary prevention of rheumatism, as well as features of the use of physical therapy methods are described in the article.

Keywords: rheumatism, children of primary school, physical therapy.

ДО ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА РЕВМАТИЗМ

У статті розкрита медико-соціальна значущість проблеми розвитку ревматизму у дітей в Україні. Викладені сучасні підходи до діагностики, лікування, проведення первинної і вторинної профілактики ревматизму, а також особливості застосування засобів фізичної терапії.

Ключові слова: ревматизм, діти молодшого шкільного віку, фізична терапія.

Постановка проблеми. Ревматичні хвороби займають друге місце після захворювань серцево-судинної системи, а також є другою причиною з тимчасової та постійної втрати працездатності в Україні. Незважаючи на позитивну тенденцію до зниження не лише захворюваності й поширеності ревматизму, питання боротьби з ним залишається надзвичайно актуальним і сьогодні, особливо в педіатрії. В останнє десятиліття намітилась тенденція до зміни перебігу захворювання, що характеризується перевагою його важких для діагностування малосимптомних та прихованих форм [3]. Проблема даної патології полягає ще й у тому, що цілий ряд захворювань сполучної тканини досить часто ускладнюється невідкладними станами. У дітей ревматизм має значну тенденцію до гострого важкого рецидивуючого перебігу, тому у первинній і вторинній профілактиці і лікуванні цього захворювання важлива роль відводиться засобом фізичної терапії.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Ревматизм представляє собою системне інфекційно-алергічне захворювання сполучної тканини, переважна локалізація якого діагностується у серцево-судинній системі. Конкретні механізми розвитку ревматизму не встановлені. Сучасна теорія патогенезу ревматизму є токсико-імунологічна. На думку більшості науковців [1; 2] збудником даного захворювання найчастіше є бета-гемолітичний



стрептокок групи А, появи якого дуже часто передують ангіна, фарингіт або скарлатина. Ушкодження тканин обумовлене дією специфічних продуктів стрептококу, а саме, токсинами, що знижують опірність організму та його імунітативну здатність, провокують розвиток алергічного стану та порушення імоногенезу. Поряд зі змінами в сполучній тканині, розвиваються запальні та деструктивні зміни у стінках судин.

Підтверджена роль генетичної схильності у розвитку ревматизму у дітей. Встановлено полігенний тип успадкування ревматизму. За даними О. Волосовець, схильність до розвитку ревматизму мають особи із групами крові А (II) та В (III) [2].

Ревматичний процес має клінічний перебіг: зворотну фазу (коли відбувається деполімеризація основної речовини сполучної тканин, активне прогресування захворювання) та незворотну фазу (фібриноїдний некроз, що характеризується дезорганізацією колагенових волокон, їх набряканням та відкладанням фібриноїду). Подальший процес дезорганізації сполучної тканини може призвести до деформації клапана, склерозу та розвитку фіброзної тканини. Особливо часто гострий і підгострий початок ревматизму спостерігається у дитячому віці, при цьому, у старшому шкільному віці частіше у дівчат.

Клінічні прояви ревматизму залежать насамперед від активності самого процесу. Так при мінімальній активності клінічні симптоми невиражені, при максимальній – загальні і місцеві прояви хвороби яскраві з наявністю лихоманки. На третьому тижні захворювання відзначають пік підвищення артеріального тиску.

Діагностика ревматизму базується на даних анамнезу, об'єктивного клінічного обстеження, лабораторних даних, результатах серологічного обстеження, даних бактеріологічного дослідження, експрес-методів діагностики, заснованих на прямому виявленні стрептококових антигенів, а також інструментального обстеження [3].

При виборі тактики лікування враховують активність процесу, наявність вогнищ хронічної інфекції і супутніх захворювань, характер ураження суглобів та периферичної нервової системи, стадію недостатності кровообігу та інші ознаки. Процес лікування ревматизму починається зі **стаціонарного етапу**, що включає в себе три режими: постільний (тривалість 2-3 тижні), напівпостільний та тренуючий. На цьому етапі поряд із медикаментозною терапією, обов'язково призначається дієта, що містить достатню кількість повноцінних білків та фізіотерапевтичні процедури. Серед них ультрафіолетове опромінення (УФО), електричне поле ультрависокої частоти (УВЧ), аеронізація, аерогеліотерапія.

Процедуру УФО починають з двох хвилин для кожної мигдалини, щодня додаючи по одній хвилині, збільшуючи до п'яти. Тривалість курсу лікування – 15–20 сеансів. При цьому, як зазначають І. Пархотик, О. Марченко, В. Чорний [4], після теплових або бальнеологічних процедур, масажу опромінення проводити не рекомендується. Тривалість процедури УВЧ становить 10–15 хв. щодня, курс – 15–20 сеансів. При проведенні процедури електроди розташовують симетрично під кутами нижньої щелепи на відстані 1,5 см від шкіри з таким розрахунком, щоб зона мигдалин знаходилася між ними. Потужність – 6–16 Вт.

Процедуру аероіонізації необхідно проводити щодня по 10–20 хв. із застосуванням іонізованого повітря або іонізованих лікарських речовин; високовольтних електроіонізаторів (для легких іонів), гідроіонізаторів (для легких і важких іонів) або бета-іонізаторів (для легких іонів).

Аерогеліотерапію краще проводити вранці, через 30 хв. після легкого сніданку, при температурі повітря 20–25 °С та за відсутності вітру, при відносній



вологості 50–70%. З кожним днем тривалість процедури збільшують на 15 хв, починаючи із 10–15 хв.

У програму фізичної терапії обов'язково включають загальнорозвиваючі, коригувальні (симетричні та асиметричні вправи), вправи на розтягування і розслаблення, вправи на координацію та рівновагу, дихальні вправи (статичні та динамічні). Саме під впливом фізичних вправ збільшується потік імпульсів від пропріорецепторів, нормалізацуються рівень АТ, зменшується ЧСС, зменшується тканинна гіпоксія тощо.

На цьому етапі при постільному режимі для зменшення застійних явищ на периферії, активізації екстракардіальних чинників кровообігу, стимуляції трофічної і скорочувальної здатності міокарда, підняття загального тону організму рекомендоване проведення лікувального масажу. При виконанні масажу слід пам'ятати про напрямки масажних рухів, що пов'язано з током крові та лімфи.

Другий етап лікування (**санаторно-курортний**) рекомендовано проходити на базі спеціалізованого кардіоревматологічного санаторію. Розпочинати його необхідно у неактивній фазі через 6-8 місяців після первинного або вторинного ендоміокардиту з вадою серця або без нього, з недостатністю кровообігу не вище I ступеня. Краще обирати бальнеологічні та кліматичні курорти і відвідувати їх у ті пори року, коли зберігається тепла, стійка та неволога погода. Слід відмітити, що діти з аналогічними клініко-анатомічними ознаками ураження серця, але з недостатністю кровообігу ІІА ступеня повинні лікуватися лише в місцевих кардіологічних санаторіях.

Обсяги, види, форми, методика застосування засобів фізичної терапії залежать від наслідків активної фази перебігу ревматизму, клініко-анатомічної характеристики уражень серця і пов'язаного з цим ступенем недостатності кровообігу. Тому послідовність розширення рухових режимів, застосування ЛФК, лікувального масажу, тренажерів проводиться за програмою фізичної терапії недостатності кровообігу відповідного ступеня. У випадках компенсованих вад серця фізичну терапію проводять за програмою лікування хворих на стенокардію, які належать до I або II функціонального класу. Мета застосування фізіотерапії: прискорення ліквідації наслідків активності процесу; підвищення опірності організму; стимуляція обміну речовин; покращення функціонального стану серцево-судинної системи.

У програму фізичної терапії включають медикаментозний електрофорез (кальцій, саліцилати, сірка), електросон, ультрафіолетове опромінювання; гідротерапію у вигляді прісних ванн, дощового та циркулярного душу індіферентної температури (35–36°C), обливання, обтирання; аероіонотерапію. Додатково, дітям у неактивній фазі ревматизму з недостатністю кровообігу не вище I ступеня може призначатися бальнеотерапія у вигляді вуглекислих, сульфідних, хлоридно-натрієвих, йодобромних та радонових ванн. Установлено, що вуглекислі ванни позитивно впливають на скоротливу функцію міокарда, нормалізують ритм серцевої діяльності, периферичну гемодинаміку; радонові ванни – на порушений серцевий ритм, а також мають седативну і знеболюючу дію, покращують трофіку тканин та обмін речовин. Хлоридні натрієві ванни сприяють поліпшенню кровообігу, мікроциркуляції і трофіки тканин, усуненню гіперкоагуляції крові й нормалізації імунологічних процесів. Ванни призначають щодня або два дні підряд з одним днем перерви, температура – 36–37 °С, курс лікування – 10–12 процедур.

На третьому етапі (**диспансерний**) здійснюються профілактичні заходи. З метою попередження рецидивів і прогресування захворювання вторинна профілактика ревматизму у дітей повинна проводитися не менше 5 років або, навіть,



до досягнення 21 року. Для санації інфекційних вогнищ інфекції у комплексі із медикаментозним та хірургічним лікуванням рекомендовані фізіотерапевтичні процедури. Хворим важливо дотримуватися раціонального рухового режиму (прогулянки пішки, лікувальна гімнастика), повноцінного білкового харчування, обмеження прийому повареної солі, відмовитися від різких змін клімату і активних спортивних занять [4].

Висновки. Діти є найбільш уразливою категорією для стрептококової та стафілококової інфекцій. Ураховуючи це, важливо вчасно проводити профілактику, в тому числі із застосуванням засобів фізичної терапії. Одним із головних і дієвих засобів профілактики і лікування ревматизму у дітей є правильно підібрані та дозовані фізичні вправи, поєднані із апаратною фізіотерапією (УФО, УВЧ, індуктотерапія, електрофорез). Значний лікувальний ефект досягається і при застосуванні бальнеотерапії у вигляді вуглекислих, кисневих, радонових ванн. Фізіотерапевтичні методи, включені в завчасне комплексне лікування пацієнтів прискорюють реабілітацію і попереджують розвиток різних ускладнень.

Список використаної літератури

1. Боярчук О. Р., Маховська О. С. Сучасні тенденції розвитку ревматичних захворювань // Український ревматологічний журнал. 2009. № 4 (38). С. 16–19.
2. Волосовець О. П. Гостра ревматична лихоманка як проблема сучасної дитячої ревматології // Здоров'я ребенка. 2010. № 3 (24). С. 106–109.
3. Коваленко В. Н., Каминский А. Г. Ревматология как одна из важнейших проблем медицины // Український ревматологічний журнал. 2000. № 1. С. 3–8.
4. Пархотик І., Марченко О., Чорний В. Фізичні засоби в реабілітації хворих із ревматичними вадами серця // Теорія і методика фізичного виховання. 2014. №3. С. 41–45.

Стаття надійшла до редакції 22.11.2018 р.

Bugaenko T. V.
Sazonov D. Y.

Бугаєнко Т. В.
Сазонов Д. Ю.

TREATMENT PHYSICAL CULTURE IN A COMPLEX PHYSICAL THERAPY OF CHILDREN OF SCHOOL AGE WITH CHRONIC HEART FAILURE OF I-IIA STAGES

The article presents modern approaches to the diagnosis and treatment of children with chronic heart failure of I-IIA stages. The use of physical therapy in the complex physical therapy of children of the specified age with chronic heart failure of I-IIA stages is substantiated.

Key words: *chronic heart failure, children of school age, treatment physical culture, physical therapy.*

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА У КОМПЛЕКСНІЙ ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ I-IIA СТАДІЙ

У статті розкрито сучасні підходи до діагностики та лікування дітей з хронічною серцевою недостатністю I-IIA стадій. Обґрунтовано застосування лікувальної фізичної культури у комплексній фізичній терапії дітей зазначеного віку з хронічною серцевою недостатністю I-IIA стадій.