

СЕКЦІЯ 3

СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОЗДОРОВЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

УДК 615.825:616.-053.26:617.581

Ю. М. Корж

старший викладач
кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації

З. О. Корж

старший викладач
кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації
Сумський державний педагогічний
університет ім. А. С. Макаренка

О. А. Бондюк

спеціаліст з фізичної реабілітації СДОКЛ

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ З ВРОДЖЕНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

У статті обґрунтовується комплексна програма з фізичної реабілітації для дітей з вродженою дисплазією кульшового суглоба, яка складається з фізичних вправ, масажу та фізіотерапевтичних процедур.

В статті обґрунтовується комплексна програма фізичної реабілітації для дітей з вродженою дисплазією тазобедренного суглоба, яка складається з фізичних вправ, масажу та фізіотерапевтичних процедур.

In this article the complex program of physical rehabilitation which consists of physical exercises, massage, physiotherapy for children with inborn dysplasia hip joint is considered.

Ключові слова: вроджена дисплазія, фізична реабілітація, масаж.

Ключевые слова: врожденная дисплазия, физическая реабилитация, массаж.

Key words: inborn dysplasia, physical rehabilitation, massage.

Актуальність. За даними медичної статистики вроджена дисплазія кульшового суглоба займає одне із перших місць серед вроджених захворювань опорно-рухового апарату у дітей. В Україні ця патологія зустрічається від 50 до 100 випадків на 1000 новонароджених. Це в 8 разів вище, ніж було діагностовано в 60-80

роки ХХ сторіччя [3, с. 50; 6, с. 5].

Дисплазія кульшового суглобу є важкою вродженою вадою опорно-рухового апарату, що пов'язано з недорозвиненням періартикулярних тканин суглоба. Патологічний процес захоплює всі елементи кульшового суглобу: кульшову западину, голівку і шийку стегнової кістки із оточуючими м'язами, зв'язками, капсулою. Основним компонентом цієї патології є неправильна просторова орієнтація головки і шийки стегнової кістки до вертлюжної западини, що призводить до порушення опорної функції нижньої кінцівки [5, с. 18].

Причиною такого неправильного розвитку кульшового суглоба може бути захворювання серцево-судинної системи та нефропатії в перший триместр вагітності, інтоксикація, травми. Дисплазія частіше зустрічається при перших пологах [4, с. 38], у недоношених дітей, при сідничному передлежанні.

Велике значення має генетична спадковість, несприятливі екологічні умови в місці постійного мешкання матері. В результаті може формуватися дисплазія і навіть найважча її ступінь – вроджений вивих стегна [1, с. 24].

Диспластичні зміни в кульшовому суглобі, які відбуваються під впливом негативних факторів, з ростом дитини прогресують, викликають вторинні зміни будови суглоба та порушення його рухової функції і в подальшому стають незворотними. При цьому порушується положення тазу, відбувається викривлення хребта, розвиток остеохондрозу різних відділів хребта, коксартрозу з можливою наступною інвалідізацією.

Рання діагностика вродженої патології та створення сприятливих умов для розвитку кульшового суглоба на етапі початкових диспластичних змін дозволяє зупинити патологічний процес. Саме на цьому етапі одним із основних засобів

формування здорового суглобу і підтримки психомоторного розвитку дитини є фізична реабілітація [1; 2; 6; 7]. Відновивши правильність співвідношення між основними компонентами суглоба – голівкою стегна і вертлюжною западиною, в більшості випадків інші ознаки дисплазії суглоба самостійно нівелюються, він розвивається інколи з невеликою затримкою, але набуває ознак здорового кульшового суглобу [1, с. 18].

Саме своєчасне консервативне лікування розпочате у перші тижні життя дає позитивний ефект. Повне анатомічне і функціональне відновлення кульшового суглобу вдається отримати при лікуванні на 1-му місяці життя дитини – у 100 % випадків, у віці від 2-х до 6-ти місяців – в 89,2 % випадків, від 6 до 12 місяців – в 78 %, адже організм дітей в цей період дуже пластичний [3, с. 51]. Отже, виникає необхідність в розробці комплексної програми фізичної реабілітації дітей з даною патологією в ранньому віці.

Мета роботи: теоретично розробити та практично перевірити ефективність комплексної програми фізичної реабілітації з дітьми на вроджену дисплазію кульшового суглоба.

Завдання роботи.

1. Охарактеризувати засоби фізичної реабілітації для дітей грудного віку з вродженою дисплазією кульшового суглоба;

2. Розробити та перевірити ефективність комплексної програми фізичної реабілітації для дітей грудного віку з вродженою патологією кульшового суглоба.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури з досліджуваної теми; педагогічні методи; медико-біологічні методи дослідження; метод математичної статистики.

Організація дослідження та методика комплексної реабілітаційної програми. Дослідження проводилося на базі Сумської обласної дитячої клінічної лікарні. Дослідження тривали 6 місяців 2012 р., в ньому брали участь діти 1–3 місяців з діагнозом вроджена дисплазія кульшового суглоба. Для організації дослідження вони були поділені на дві групи: основну та порівняльну, по 15 осіб в кожній.

Одним з головних критеріїв відбору дітей в групи для проведення дослідження було рентгенологічне підтвердження діагнозу, обстеження лікаря ортопеда, консультація лікаря фізіотерапевта та бажання батьків.

Діти порівняльної групи займалися за традиційною методикою даного лікувального закладу (масаж в поєднанні з лікувальною гімнастикою, фізіотерапевтичні процедури: парафіно-озокеритові аплікації та електрофором з лідазою).

Дітям основної групи запропонована модифікована фізреабілітаційна програма, яка була погоджена з лікарем ортопедом та фізіотерапевтом. Вона включала комплексне застосування: спеціальну методику масажу, що передбачала збільшення тривалості сеансу масажу та розширення впливу на проекцію кульшових суглобів за рахунок прийомів Су Джок терапії; впровадження комплексу лікувальної гімнастики (ЛГ) з урахуванням індивідуальних особливостей психомоторного розвитку дитини; навчання батьків прийомам масажу і спеціальним вправам, які вони проводили самостійно 3–4 рази на день; процедури фізіотерапії (парафіно-озокеритові аплікації з електрофорезом 3 % розчину КJ через день та магнітотерапію на проекцію кульшових суглобів).

Перш за все був розроблений режим дня, тобто раціональне розподілення за часом і послідовністю усіх заходів для забезпечення фізіологічних потреб організму дитини (час для активної діяльності, сну, харчування, масажу, ЛГ, фізіопроцедур).

Комплексна програма розпочиналася із застосування парафіново-озокеритових аплікацій, що сприяло покращанню кровообігу в уражених м'язах, прискоренню розсмоктування інфільтрату, що було підготовчим етапом до проведення масажу.

Спеціальна методика масажу передбачала натискання вказівним пальцем на зону відповідності кульшового суглоба, що знаходиться на долоні і ступні дитини. В подальшому її захоплювали першим і другим пальцями і стискали до появи стійкої гіперемії. Цей прийом стимулював кровообіг в ураженій ділянці.

Прийом розтирання проводили в середньому темпі, великим пальцем

враховуючи, що шкіра дитини на цій ділянці дуже ніжна. Для вібрації даної зони використовували безперервну точкову вібрацію вказівним пальцем з частотою 3 коливальних рухи за 1 с.

Важливою передумовою успішної реабілітації вважали правильну психофізичну підготовку дитини до процедур. Передусім необхідно було встановити психологічний контакт із дитиною, зацікавити її іграшками, тихою музикою та лагідними словами, адже надмірне збудження, негативне відношення дитини до процедури, надмірний шум, зменшували позитивний ефект реабілітаційних заходів. Окрім того, процедури, які проводяться із надмірним зусиллям можуть негативно впливати на тонус м'язів, судин та стан нервової системи.

Фізична реабілітаційна програма передбачала обов'язкове застосування лікувальної фізичної культури, як одного із провідних засобів комплексної терапії, що є основою нормального формування кісткової тканини. В нормі кульшовий суглоб формується в процесі поступового збільшення статичного навантаження на його суглобову поверхню, тому важливо не затримувати строки повзання, вертикалізації і початку ходьби у дітей першого року життя.

Процедура з лікувальної гімнастики тривала 20–30 хв. В неї входили такі засоби: лікування положенням, прийоми різних видів масажу (класичного, точкового, Су-Джок терапії) та спеціальні пасивні і рефлекторні вправи. Протягом першого тижня батьків навчали проводити даний комплекс під спостереженням реабілітолога.

Процедуру електрофорезу проводили після теплолікування, масажу і лікувальної гімнастики, що створювало передумови для покращання депонування лікарської речовини та посилення її терапевтичного ефекту. Електрофорез з 3% розчином КJ на ділянку кульшового суглобу сприяв посиленню розсмоктуючої дії і гальмував розвиток фіброзної тканини на ураженій ділянці. Першу процедуру проводили без включення струму, а другу й подальші – з поступовим збільшенням сили струму, доводячи її до необхідної величини. Під час процедури дитині надавали зручне

положення, яке забезпечувало максимальне розслаблення м'язів.

Магнітотерапія чергувалась з процедурами теплолікування та електрофорезу, що покращувало трофічні та відновлювальні процеси в кульшовому суглобі.

Висновки. В наш час вроджена дисплазія кульшового суглобу є досить розповсюдженою патологією опорно-рухового апарату малюків.

Аналіз літературних джерел показав, що лише раннє виявлення і початок реабілітації даної патології дає повне морфо-функціональне відновлення кульшового суглоба. Тому було розроблено і впроваджено комплексну програму реабілітації для дітей 1–3 місяців, яка включала: спеціальну методичку масажу, що передбачала збільшення тривалості сеансу масажу та розширення впливу на проекцію кульшових суглобів за рахунок прийомів Су-Джок терапії; застосування комплексу лікувальної гімнастики з урахуванням індивідуальних особливостей психомоторного розвитку дитини; навчання батьків правильно виконувати прийоми масажу і спеціальних вправи, які вони проводили самостійно 3–4 рази на день; процедури фізіотерапії (парафіново-озокеритові аплікації, електрофорез з 3% розчином КJ, магнітотерапію на проекцію кульшових суглобів).

До початку реабілітаційних заходів у дітей був протестований тонус м'язів нижніх кінцівок. В усіх дітей був гіпертонус і спастичність привідних м'язів стегна, який пов'язаний із особливостями зазначеної вікової групи та діагнозом. Після проведеного дослідження пальпація м'язів виявила у дітей основної групи зменшення тонусу і спастичності глибоких привідних м'язів стегна.

Після проведення гоніометричних досліджень було виявлено асиметрію рухової функції кульшових суглобів при виконанні різноманітних рухів у дітей із уродженою дисплазією кульшового суглоба. Аналіз показників амплітуди рухів до впровадження програми реабілітації виявив, що найбільш обмеженим рухом є відведення стегна в ураженому кульшовому суглобі, при збереженій рухливості у здоровому. Для основної групи відхилення від норми при

відведенні диспластичного кульшового суглоба складало 29,9 %, для порівняльної – 27,5 %. Після виконання фізреабілітаційної програми у дітей основної групи цей показник покращився на 29 %, у дітей порівняльної на 25 %. При проведенні курсу масажу та ЛГ, основний вплив було спрямовано не лише на диспластичний суглоб, але і на здоровий, тому відбулося покращання при відведенні стегна здорової кінцівки у дітей основної групи на 3,2 %, у дітей порівняльній лише на 0,5 %.

Розроблена програма показала свої переваги, адже у дітей основної групи в середньому показники зросли на 2,5°, тоді, як у дітей порівняльної – лише на 0,5°. Прогресування патологічних змін кульшового суглобу у дітей обох груп не виявлено. Таким чином, теоретично розроблена та практично впроваджена комплексна реабілітаційна програма показала свою ефективність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксенова А. М. Реабілітація дітей с дисплазією тазобедерних суглобів // А. М. Аксенова. Практический опыт. 2009. – №1. – С. 22-29.
2. Бархуу Д. Ранняя диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей возрасте до 3-х месяцев в условиях Монголии // Д. Бархуу, Б. Буддэ. Клиническая медицина. – 2006. – № 6 (52). – С. 10-11.
3. Вовченко А. Я. К вопросу о балльной оценке факторов риска нарушения формирования тазобедренного сустава у новорожденных и детей первого года жизни // А. Я. Вовченко. Вісник ортопедії, травматології та протезування. 2010. – №2. – С. 50-53.
4. Граф Р. Сонография тазобедренных суставов новорожденных. Диагностические и терапевтические аспекты : руководство / Р. Граф; пер. с нем. В. Д. Завадовской. – 5-е изд., перераб. и расш. – Томск: Изд-во том. ун-та, 2005. – 196 с.
5. Ніколаєва Н. Г. Можливості підвищення ефективності фізіотерапії при первинній дисплазії кульшових суглобів // Н. Г. Ніколаєва. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 2010. – №2. – С. 17-20.
6. Рой І. В. «Мовчазна» дисплазія кульшового суглоба // І. В. Рой, О. І. Зінченко. Ортопедія, травматологія і протезування. 2009. – №3. – С. 5–7.
7. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни у детей: Учебник / Ю. Ф. Исаков, Э. А. Степанов, Михельсон В. А. и др., под ред. Исакова Ю. Ф. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина. 1998. – 704 с.

УДК 613.8

О. І. Міхеєнко

кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації
Сумський державний педагогічний
університет ім. А. С. Макаренка

ЕНДОЕКОЛОГІЯ ЯК ЧИННИК ЗДОРОВ'Я

У статті визначено сутність поняття «ендоекологія», обґрунтовано взаємозв'язок між ендоекологією та фізіологічними процесами життєзабезпечення організму людини, проаналізовано головні чинники впливу на стан внутрішнього середовища організму.

В статті определена сущность понятия «эндоекология», обосновано взаимосвязь между эндоекологией и физиологическими процессами жизнеобеспечения организма человека, проанализированы основные факторы влияния на состояние внутренней среды организма.

The article defines the essence of "endoecology" reasonable relationship between endoecology and physiological processes of the human life support, analyzes the main factors impact on the internal environment.

Ключові слова: ендоекологія, стан здоров'я, детоксикація.

Ключевые слова: эндоекология, состояние здоровья, детоксикация.

Key words: endoecology, health, detoxification.

Постановка проблеми. Здоров'я як категорія людського буття є найважливішим пріоритетом усіх розвинених країн світу, а ставлення до здоров'я, усвідомлення його цінності вважається одним із елементів національної культури, критерієм благополуччя суспільства. Знання про здоров'я варті того, щоб стати предметом першої необхідності для людини будь-якої професії, адже стан здоров'я визначає не лише загальне самопочуття, а й впливає на інтелект, психіку, суспільно-політичну поведінку людини, а в сучасних умовах ринкової економіки є важливим економічним важелем і дуже дорогого коштує.

З погляду оздоровчої практики загальновідомий вислів "Чистота – запорука здоров'я" слід розглядати значно ширше, ніж дотримання звичайних правил гігієни: будь-яка затримка в організмі відходів, шлаків, токсинів ускладнює його роботу. Бруд