

УДК 615.825:616.718 – 058.86

Віннік Іванна ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.б.н., доцент Поташняк І. М. (Міжнародний економіко – гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'ячука, м. Рівне)

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ РУХОВОГО РОЗВИТКУ

***Анотація.** У статті визначено причини виникнення та особливості протікання таких захворювань, як дисплазія кульшового суглоба і вроджений вивих стегна. Досліджено порушення рухового розвитку у дітей раннього віку, лікування і профілактику дисплазії у новонароджених. Проаналізовано особливості застосування засобів фізичної реабілітації таких, як масаж, лікувальна гімнастика, лікування положенням, вправи в теплій воді, фізіотерапія при даних патологіях.*

***Ключові слова:** дисплазія кульшового суглобу, вроджений вивих стегна, консервативне лікування, фізична реабілітація, фізичні вправи, масаж.*

***Аннотация.** В статье определены причины возникновения и особенности протекания таких заболеваний, как дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра. Исследованы нарушения двигательного развития у детей раннего возраста, лечение и профилактику дисплазии у новорожденных. Проанализированы особенности применения средств физической реабилитации таких, как массаж, лечебная гимнастика, лечение положением, упражнения в теплой воде, физиотерапия при данных патологиях.*

***Ключевые слова:** дисплазия тазобедренного сустава, врожденный вывих бедра, консервативное лечение, физическая реабилитация, физические упражнения, массаж.*

***Annotation.** The article identifies the cause of the occurrence and characteristics of diseases such as hip dysplasia and congenital hip dislocation. The violations of young children's motor development, the treatment and prevention of dysplasia of newborns are investigated. The features of physical rehabilitation application such as massage, physiotherapy, treatment status, exercise in warm water, physiotherapy under these pathologies are analyzed.*

***Keywords:** hip dysplasia, congenital hip dislocation, conservative treatment, physical rehabilitation, exercise, massage.*

Проблема збереження і зміцнення здоров'я населення, особливо дітей раннього віку, залишається однією з найбільш актуальних для держави. Серед вроджених аномалій розвитку опорно – рухового апарата часто спостерігаються дисплазія кульшового суглоба (до 3 % серед усіх новонароджених) і вроджений вивих стегна (0,016 %). Ця патологія, зустрічається в Україні від 50 до 200 випадків на 1000 новонароджених. Це в 5 – 10 разів вище, ніж було в 60 – 80 роки ХХ ст. [1, с. 161]. Рання, в пологовому будинку і в перші місяці розвитку новонародженого, діагностика дисплазії і вродженого вивиху стегна, до цього своєчасне кваліфіковане лікування призводить в 95 % випадків до повного виліковування. Пізня діагностика і лікування, розпочате у дітей старших вікових груп, рідко дають повне виліковування, що пізніше призводить до розвитку вторинних дегенеративно – дистрофічних змін в кульшовому суглобі в юнацькому і молодому віці, та врешті призводить до інвалідності. Термін «дисплазія кульшового суглоба» був вперше запропонований М. Schede (1900) для визначення стану, який передує вродженому вивиху стегна і характеризується недорозвитком тканин тазостегнового суглоба.

За даними вчених В. Овваді, В. Фрейка, дисплазія кульшових суглобів виявляється у 10 – 20 % новонароджених. Часто порушення формування кульшових суглобів поєднується з загальним недорозвитком дитини, про що свідчить те, що у недоношених дітей вроджена дисплазія розвивається в 10 разів частіше, ніж у доношених. Співвідношення дівчат і хлопчиків з ДКС у віці до 1 року складає 3,1:1 [2, с. 68 – 75]. Схильність до дисплазії та вивих стегна, за даними Я. Б. Куценка, Е. Ф. Лордкіпанідзе, О. П. Меженіної, успадковується в основному за полігенним типом, а утворення вродженого вивиху стегна залежить від багатьох ендогенних та екзогенних факторів. Під час обстеження мають значення наявність у родичів не тільки вродженого вивиху стегна, але й інших захворювань кульшового суглоба, виникнення яких часто пов'язане з його недорозвитком, а також наявність "сімейного" розслаблення капсули суглобів.

Метою статті є дослідження різних форм порушень рухового розвитку у дітей та засобів фізичної реабілітації, які використовуються при даних патологіях.

Дисплазія кульшового суглоба та вроджений вивих стегна – різні ступені однієї і тієї ж патології, що виникає в наслідок порушення нормального розвитку тазостегнових суглобів. Дисплазія кульшових суглобів є вродженою патологією, яка формується у зв'язку з недорозвиненістю певних структур та окремих елементів кульшового суглоба. Дисплазія тазостегнових суглобів у дітей небезпечна тим, що в подальшому, якщо не надавати терапевтичного впливу, вона може

привести до інвалідності в зрілому віці. Крім цього, дане захворювання провокує формування ряду інших, не менш небезпечних відхилень: викривлення хребетного стовпа, поява остеохондрозу, артриту, утворення підвивихів і вивихів протилежного суглоба, а також порушення в анатомії тазу і кульшових кісток. Приблизно 60 % випадків патології – це дисплазія лівого кульшового суглобу, 20 % уражень припадає на обидва суглоби, інші 20 % на правобічний суглоб, інакше вона іменується дисплазія тазостегнових суглобів тип 2 а [3, с. 12 – 16].

Сучасна точка зору більшості ортопедів зводиться до того, що при патології кульшових суглобів дисплазія є первинною. Це передхвороба, яка може призвести до підвивиху, вивиху, коксартрозу (М. В. Волков, Е. Ф. Лордкіпанідзе, С. П. Меженіна, Я. Б. Куценко, О. Н. Гудушаурі й співавт.).

Розрізняють три основні форми дисплазій: дисплазію кульшової западини – ацетабулярну дисплазію; дисплазію проксимального відділу стегнової кістки, яка полягає в зміні кута між кульшовою западиною і голівкою стегнової кістки; ротаційну дисплазію – зміна положення голівки стегнової кістки по відношенню до кульшової западини за рахунок порушення геометрії в горизонтальній площині (нога дитини при ходьбі повернена всередину, клишоногий малюк).

Терапевтичні заходи лікування зазвичай включають в себе консервативні лікувальні процедури, ті, які не припускають хірургічного втручання, а також радикальні, що припускають операцію. Консервативне лікування включає: розпірки при дисплазії кульшових суглобів, що дають можливість відведення ніжок при їх згинанні, вільного доступу до тіла, фізіотерапевтичні методи [4, с. 97].

До первинних методів боротьби можна віднести:

- Стремена Павлика – являють собою щадний метод терапії для дитини, а також для батьків.
- Подушка Фрейка – специфічні пластикові штани, які змінюються в міру росту дитини.
- Спеціальні шини – розпірки, допомагають дитині вирівнювати ноги, фіксуючи при цьому тазостегновий суглоб.
- Застосування функціональних гіпсових пов'язок з дистракційною системою.

Фізіотерапевтичні методики зменшують активність запального процесу, покращують трофічні процеси в тканинах, перешкоджають виникненню контрактур, зменшують больовий синдром. Застосовують такі види фізіотерапії: електрофорез; ампліпульстерапія; ультразвук; грязелікування; магнітно – лазерна терапія; гіпербарична оксигенація; масаж; голкорексотерапія.

Важливо пам'ятати, що дітям, яким закінчено лікування дисплазії кульшових суглобів, потрібно дотримуватися певного режиму. Рекомендується продовжити виконання гімнастичних вправ. Забороняється раннє навчання ходьби. Не використовуються ходунки та інші пристосування, які форсують ходьбу. Застосовуються черевики, які фіксують гомілковостопні суглоби [5, с. 65 – 68]. Реабілітаційні заходи при дисплазії кульшового суглоба у новонароджених спрямована на зміцнення м'язів, що формують кульшовий суглоб; активізацію репаративних (відновних) процесів; пристосування суглоба до нових умов динаміки і статичності. З цією метою використовується лікувальна фізична культура, фізіотерапевтичне лікування, медикаментозні препарати. Починати лікування дитини слід відразу після виявлення дисплазії, дотримуючись принципу безперервності [6, с. 154]. За відсутності лікування вертлюжна западина з часом заростає сполучною тканиною, і шанси на відновлення нормальної конфігурації кульшового суглоба зменшуються. Тому основними завданнями ЛФК є профілактика та усунення напруження м'язів стегна, формування кульшових суглобів, відновлення їх форми, зміцнення м'язів, що приводять у рух тазостегнові суглоби (згинання, розгинання, відведення, обертання усередину), розвиток у повному обсязі активних рухів у тазостегнових суглобах, корекція вальгусного положення колінних і гомілковостопних суглобів, що виникає при лікуванні з використанням шин.

На першому році життя, як правило, фізичні вправи поєднуються з масажем. При дисплазії зазвичай використовують класичний масаж з прийомами прогладжування, розтирання і легке розминання м'язів поперекової області, сідниць, передньої, задньої і бічної поверхні стегна і м'який крапковий масаж сідничних м'язів біля голівки стегна у поєднанні з прийомами розслаблення м'язів [7, с. 246 – 258].

З дітьми старше 3-х місяців займаються лікувальною гімнастикою 3 – 5 разів на день по 5 – 10 хв. У дітей дошкільного віку для закріплення результатів лікування, а в деяких випадках і для долікування, використовується лікувальна гімнастика не рідше 3-х разів на тиждень по 20 – 25 хв. із застосуванням активних фізичних вправ у розвантажувальному вихідному положенні.

Рекомендованими вправами для дітей 5 – 6 місяців є «велосипед», обертальні рухи в тазостегновому суглобі при зігнутій ніжці в колінному суглобі та розведення і зведення ніжок [5, с. 67]. Вправи повторюють або при кожній зміні підгузника (кожна вправа по 10 – 15 разів), або 2 – 3 рази на день (кожну вправу 25 – 30 разів) на твердій, рівній поверхні.

Вроджений вивих стегна – дуже тяжке захворювання, що приводить до інвалідності, є наслідком його початкової стадії – дисплазії

тазостегнових суглобів, що полягає у порушенні формування анатомічних утворень, які утворюють тазостегновий суглоб.

Рухлива структура, в якій поєднані дві або більше кісток, називається суглобом. Якщо хоча б одна з кісток, що формують суглоб, зміщується зі свого нормального стану, то говорять, що в суглобі стався вивих.

У більшості випадків вроджений вивих стегна може бути легко і надійно вправлений протягом перших кількох місяців життя дитини. Така легкість обумовлена тим, що кінці кісток новонародженого дуже гнучкі і поступливі. Тому рання фіксація кісток в правильному положенні дозволяє направити в потрібне русло розвиток опорно – рухового апарату, який закріпить кістки, що беруть участь в утворенні суглоба, в тому положенні, яке їм надано при вправленні. Якщо вивих стегна не вправити вчасно або не вправити взагалі чи, крім нього, є інші вроджені аномалії, то в подальшому можуть виникнути ускладнення вивиху – порушення постави, труднощі при ходьбі і порушення загального стану здоров'я.

Існує дві ознаки вродженого вивиху стегна. Перша – несиметричне розташування шкірних складок на ніжках дитини. Друга – неможливість при пеленанні покласти дитину так, щоб обидва стегна одночасно торкалися поверхні столу. В даний час ці ознаки не вважаються надійними. У багатьох здорових новонароджених ці ознаки є, а вивиху стегна немає. Зате є природне для новонароджених недорозвинення нервово – м'язових зв'язок. У міру росту дитини ці ознаки майже завжди зникають. Якщо ж вони залишаються у дитини у віці одного місяця або старшому, тоді їх можна розглядати, як можливі визначення вродженого вивиху стегна. Чим старшою стає дитина, тим помітніше стають ознаки вивиху. У віці декількох місяців стають помітними деформація в області суглоба і незграбність рухів дитини ураженою ніжною. М'язи хворої кінцівки деформовані, нога здається коротшою, і при пеленанні їй важко надати потрібне положення. Коли дитина починає ходити, стають очевидними і інші ознаки вродженого вивиху стегна. Якщо уражений тільки один суглоб, дитина кульгає. Якщо вивихнуті обидва тазостегнових суглоба, то в дитини формується «качина» хода. В обох випадках положення тазу відхиляється від нормального, живіт виступає вперед, сідниці випинаються, хребет в поперековій області неприродно вигинається вперед [8].

Вивих стегна у дітей лікується двома способами: оперативним і неоперативним. Неоперативний метод полягає в постійній фіксації кінцівки, проведенні сеансів лікувальної фізичної культури, лікувального масажу. Якщо дана методика не ефективна – застосовують оперативне втручання, яке проводиться у віці від 1 до 2 років.

Для відновлення дітей з природженим вивихом стегна лікувальна фізкультура є основним засобом формування здорового суглоба і єдиним

засобом підтримки моторного розвитку дитини. Завдання лікувальної фізичної культури: профілактика та усунення напруги м'язів стегна, формування кульшових суглобів, відновлення їх форми; зміцнення м'язів, що проводять рух в тазостегнових суглобах (згинання, розгинання, відведення, обертання усередину); розвиток в повному обсязі активних рухів у тазостегнових суглобах; корекція вальгусного положення колінних і гомілковостопних суглобів, що виникають при лікуванні з використанням шин.

Фізичні вправи бувають загальнорозвиваючі і спеціальні. Перші починають використовувати з початку життя дитини в якості рефлекторних вправ, а в міру його дорослішання – з урахуванням його психомоторного розвитку. Спеціальні вправи сприяють відновленню тазостегнових суглобів, м'язів стегон і сідниць. З урахуванням віку дитини застосовуються пасивні (до року) і активні вправи (від 1 до 3 років). На першому році життя, як правило, фізичні вправи поєднуються з масажем. При вродженому вивиху стегна зазвичай використовують класичний масаж з прийомами погладження, розтирання і легке розминання м'язів поперекової області, сідниць, передньої, задньої і бічної поверхні стегна і м'який крапковий масаж сідничних м'язів у голівки стегна у поєднанні з прийомами розслаблення м'язів, що приводять стегно в рух. Ефективні також теплі ванни, підводний масаж, парафінові аплікації, грязелікування. З дітьми старше 3 місяців батьки займаються лікувальною гімнастикою 3 – 5 разів на день по 5 – 10 хв. Для дітей дошкільного віку для закріплення результатів лікування, а в деяких випадках і для долікування, використовується лікувальна гімнастика не рідше 3 разів на тиждень по 20–25 хв. із застосуванням активних фізичних вправ в розвантажувальному вихідному положенні [9, 10].

Аналіз літературних джерел, присвячених проблемі реабілітації при дисплазії кульшового суглоба, показав, що кількість випадків цієї патології складає більше, ніж 3 % всіх деформацій опорно – рухового апарату. І увага до цієї проблеми зростає з кожним роком.

Серед великої кількості засобів фізичної реабілітації застосовуються такі: масаж, лікувальна гімнастика, лікування положенням, вправи в теплій воді, фізіотерапія.

Поєднання ортопедичних прийомів і засобів з лікувальною фізичною культурою дозволить уникнути проблем, пов'язаних з дисплазією кульшових суглобів у новонароджених.

1. Шефер С. С. Фізичні вправи як засіб формування суглоба при дисплазії стегна у дітей першого року життя / С. С. Шефер, Т. В. Барішок // Педагогіка, психологія, медико – біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 9. – С.161 – 164. **2.** Куценюк Я. Б. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывих и вывих бедра / Я. Б. Куценюк, Э. А. Рулла,

В. В. Мельник. – Киев : Здоров'я, 1992. – 184 с. **3.** Волков М. В. Врожденный вывих бедра / М. В. Волков, Г. М. Тер – Егизаров, Г. П. Юкина. – Москва : Медицина, 1972. – 158 с. **4.** Стаматин С. И. Диагностика и лечение врожденного вывиха бедра / С. И. Стаматин, А. Т. Морару. – Кишинев : Штиинца, 1986. – 156 с. **5.** Горбатюк С. О. Фізична реабілітація та рухова активність при порушеннях функцій опорно – рухового апарату: навчальний посібник / С. О. Горбатюк. – Тернопіль : Підручники і посібники, 2008. – 145 с. **6.** Альбамасова Е. А. Развитие тазобедренного сустава после лечения врожденного подвывиха и вывиха бедра у детей / Е. А. Альбамасов, Е. В. Лузина. – Ташкент : Медицина, 1983. – 183 с. **7.** Красикова І. С. Дитячий масаж. Масаж і гімнастика для дітей від народження до трьох років / І. С. Красикова; 2 – е изд., испр. і доп. – СПб. : КОРОНА принт, 2000. – 320 с. **8.** [Корольков О. І.](#) Рецидиви уродженого вивиху та підвивиху стегна у дітей : автореф. дис. ...д – ра мед. наук: 14.01.21 / О.І. Корольков ; Ін – т патології хребта та суглобів ім. М.І. Ситенка АМН України. – Х., 2011. – 36 с. **9.** Етапне відновлювальне лікування хворих з вторинною дисплазією кульшових суглобів при дитячому церебральному паралічі в умовах спеціалізованого санаторію : метод. рек. / Укр. НДІ мед. реабілітації та курортології МОЗ України; уклад. : А. В. Пчеляков, І. В. Балашова, С. В. Прусс, Л. В. Кубиніна. – К., 2013. – 20 с. **10.** [Мороз Д. М.](#) Особливості розвитку диспластичного кульшового суглоба після позасуглобової корекції проксимального відділу стегнової кістки у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку : автореф. дис.. канд. мед. наук: 14.01.21 / Д.М. Мороз ; ДУ «Ін – т травматології та ортопедії НАМН України». – К., 2012. – 19 с.