

УДК 615.82: 616.711-058.86

Горілий Віталій, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.пед.н. доцент Сірман О. В. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ІДІОПАТИЧНОМУ СКОЛІОЗІ I-II СТУПЕНЯ У ДІТЕЙ 10–12 РОКІВ

***Анотація.** У статті здійснено аналітичний огляд літератури, що висвітлює питання розповсюдженості порушень постави серед дитячого населення в Україні, окреслено загальні клінічні симптоми хвороби, подано класифікацію сколіоз, проведено аналіз публікацій, присвячених вивченню негативних наслідків при ідіопатичному сколіозі I-II ступенів у дітей 10–12 років на функції організму, фізичний та психічний розвиток дітей.*

***Ключові слова:** фізична реабілітація, сколіоз, діти.*

***Аннотация.** В статье проведен аналитический обзор литературы, освещающей вопросы распространенности нарушений осанки среди детского населения в Украине, очерчены общие клинические симптомы болезни, дана классификация сколиоза, проведен анализ публикаций, посвященных изучению негативных последствий при идиопатическом сколиозе I-II степеней у детей 10–12 лет на функции организма, физическое и психическое развитие детей.*

***Ключевые слова:** физическая реабилитация, сколиоз, дети.*

***Annotation.** This article provides an analytical review of literature that highlights the prevalence of posture disorders among children in Ukraine. We describe the general clinical symptoms, the classification of scoliosis. The analysis of publications devoted to the study of adverse effects in idiopathic scoliosis and II degree in children 10–12 years on body functions, physical and mental development of children is done.*

***Key words:** physical rehabilitation, scoliosis. children.*

Порушення постави є однією з ортопедичних патологій, що найчастіше трапляються у дітей і підлітків. Вони становлять 90 % усіх відхилень від норми з боку опорно-рухової системи школярів. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, у 5–6 осіб з тисячі – це проявами сколіозу. В школярів у віці від 10 до 15 років порушення постави виявляють в 94 % випадків [1]. Сьогодні, коли телевізор і комп'ютер поступово витісняють спорт з життя дітей, а в школі вчителі через велику

завантаженість не звертають особливої уваги на те, як сидить дитина за партою, дослідження цієї проблеми є особливо актуальним.

Сколіоз – це захворювання опорно-рухового апарату, що характеризується викривленням хребта у фронтальній (боковій) площині з поворотом хребців (торсія) навколо своєї вертикальної осі, що призводить до функціональних порушень у роботі органів грудної клітки [2]. Найбільш виражений ріст захворюваності на сколіоз відзначається у дітей шкільного віку.

Цю проблему досліджено у роботах Л. Г. Войчишиної, Н. Б. Грейди, О. В. Пешкова та ін. Однак, з огляду на прогресування хвороби необхідно шукати нових шляхів поліпшення стану дітей, а саме вдосконалювати програму корекції постави у дітей зі сколіозом [1; 2; 3].

Проблемі фізичної реабілітації дітей з ідіопатичним сколіозом I–II ступенів присвячені роботи багатьох відомих вітчизняних та зарубіжних вчених, серед яких слід виділити публікації В. І. Козяквіна, О. К. Марченка, А. В. Климова, В. С. Соколовського, С. І. Лазаревої. Ними розроблено програми фізичної реабілітації із використанням лікувальної гімнастики, масажу, фізіотерапевтичних процедур тощо, які вирішують питання підвищення рухової активності, фізичного та психічного розвитку, соціальної адаптації дітей з ідіопатичним сколіозом I–II ступеня й т.д.

Застосування методу динамічної пропріоцептивної корекції з використанням спеціального костюма Немкова С. А. спрямоване на зменшення спастичності м'язів і гіперкінезів, поліпшення вертикальної стійкості та орієнтування у просторі, корекцію пози пацієнта. Відновна терапія В. С. Соколовського сприяє ефективному зняттю спастичності й збільшенню амплітуди рухів в суглобах.

Метою нашої статті є дослідження ефективності застосування засобів реабілітації при ідіопатичному сколіозі I–II ступеня у дітей 10–12 років.

Для досягнення визначеної мети передбачені такі завдання: дослідити причини виникнення, клініку, класифікацію та методи реабілітації при ідіопатичному сколіозі I–II ступеня у дітей 10–12 років; дослідити корекційно-реабілітаційну спрямованість фізичної реабілітації дітей з порушенням опорно-рухового апарату у дітей 10–12 років.

Ідіопатичний сколіоз – це один з видів сколіозу, який може бути дитячим (до 2-х років), дитячим (5–6 років) і юнацьким (10–12 років). Невеликі викривлення хребта проявляються однаково, як у хлопчиків, так і у дівчаток, але викривлення, які необхідно лікувати можна зустріти у 8 разів частіше у дівчаток-підлітків, ніж у хлопчиків.

Значна частина сколіозів є ідіопатичними, тобто такими, причина яких, незважаючи на всебічні діагностичні дослідження, залишається нез'ясованою. Ці викривлення виявляються переважно в підлітковому віці. Причому діагностується, як правило, сколіоз I-го ступеню, який найчастіше залишається непоміченим ні самою дитиною, ні її батьками. На розвиток юнацького

ідіопатичного сколіозу впливає комплекс факторів. Серед них – систематична неправильна постава, незбалансоване харчування з дефіцитом кальцію при інтенсивному рості, недолік рухової активності [1; 4].

Ідіопатичний сколіоз особливо характерний для дівчаток в пубертатний період, коли відбувається швидкий ріст всього організму і скелета, в тому числі. Але найчастіше йому передують слабкий або погано розвинений зв'язковий-м'язовий апарат, травми, незбалансовані навантаження (наприклад: гра на скрипці або неправильне сидіння під час занять), дисфункція остеогенезу (діагностується за допомогою денситометрії).

Залежно від розташування первинної дуги виділяють кілька видів викривлення хребта. Сколіоз може бути:

1. *Шийно-грудний*: вершина сколіотичної дуги розташовується на рівні тіл третього і четвертого грудних хребців. Цей важкий стан зазвичай буває вродженим і зустрічається рідше, ніж інші типи. Такий сколіоз значно впливає на зовнішність хворого. У людини спостерігається помітно виражена асиметрія всього тулуба;

2. *Торакальний (грудний)*: дуга формується на рівні від сьомого до десятого грудних хребців. Це найважча форма. Найчастіше дуга своєю опуклістю спрямована вправо. Вторинна дуга зазвичай формується нижче, але іноді і вище початкового викривлення. Торакальний сколіоз призводить до порушень роботи серця і легенів;

3. *Грудино-поперековий*: вершина дуги розташовується на рівні одинадцятого і дванадцятого грудних хребців. Опуклість може бути звернена з однаковою частотою як вправо, так і вліво. Вище і нижче формуються невеликі вторинні дуги викривлення;

4. *Люмбальний (поперековий)*: це найлегша форма захворювання, при якому вершина первинної дуги розташовується на рівні другого і першого поперекових хребців. Компенсаторні дуги в більшості випадків виражені слабо.

Іноді людина дізнається про наявність викривлення свого хребта випадково, так як воно її абсолютно не турбує.

Виділяють також комбінований ідіопатичний сколіоз, при якому є дві первинних дуги викривлення, що формуються незалежно один від одного. Кожна з основних дуг має компенсаторні викривлення [2; 4; 5]. Тому така форма захворювання вважається найбільш важкою.

Ідіопатичний сколіоз в підлітковому віці на перших порах не проявляє себе, доки деформація не стає більш помітною після прогресування. Розвиток сколіозу може не проявляти себе у вигляді больових відчуттів, але його завжди можна запідозрити за найпоширенішим ознаками: швидка стомлюваність, млявість, асиметрія спини, грудного відділу, видатна лопатка, плечі на різному рівні, і нахил голови в бік. Пізніше можуть початися часті головні болі.

Для більш раннього діагностування хвороби, рекомендується обстежувати дітей у ортопеда у віці 5–6 і 10–12 років. При цьому лікар повинен провести зовнішній огляд, призначити рентгенографію шийного та грудного відділу хребта, мієлографію, МРТ, УЗД хребта. Провівши дослідження, фахівець повинен визначити стадію сколіозу і відповідно призначити лікування [1; 4].

Якщо хребет відхиляється від осі на 15–20° (першого ступеня), це вважається незначною деформацією. У такому випадку достатньо постійного спостереження у ортопеда. При цьому необхідно проходити рентгенографію 1 раз на півроку, у зв'язку з активним ростом дитини, а згодом 1 раз на рік. У цей час призначаються лікувальна гімнастика, плавання, масаж і фізіопроцедури. При постійному обстеженні, лікар зможе відразу помітити прогресування деформації і рекомендувати корегуючі заходи.

Для підлітків з ідіопатичним сколіозом важливо продовжувати активні фізичні вправи, навантаження, приймати участь в змаганнях, займатися спортивною і художньою гімнастикою, хореографією, плаванням і іншими видами спорту, що зміцнюють м'язовий апарат. Але спочатку потрібно провести корекцію постави і тільки потім, під контролем лікаря можна розпочати заняття фізичними вправами. Після зникнення м'язової асиметрії, на що йде близько року, можна приступити до заняття фізкультурою і дозволеними видами спорту. При цьому потрібно виключити роботу з важкою вагою в положенні стоячи і біг [3; 6].

Якщо деформація скелета, під час росту, становить 25–40° (2 ступінь), використовується комплекс лікувальної гімнастики, масажі, фізіотерапія, але при цьому призначається щоденне носіння корсета. Корсет підбирається таким чином, щоб фіксувався весь хребет, що в свою чергу, перешкоджає подальшому розвитку деформацій, особливо якщо у пацієнта зберігається потенціал росту, і викривлення може збільшитися. Важливо, щоб пацієнт носив корсет щодня, строго дотримуючись призначення лікаря [3; 7].

При сколіозі третього ступеню лікування є більш тривалим та проводиться з використанням корсету.

В реабілітації хворих зі сколіозом має значення фізіотерапевтичні процедури. Завдання фізіотерапії полягає у поліпшенні крово- і лімфообігу, наданні знеболюючої, загальнозміцнюючої, коригуючої дії на хребет і тулуб, укріпленні м'язів спини, нормалізації функції нервів і м'язів, а також мінерального обміну речовин.

Підлітки з ідіопатичним сколіозом можуть брати участь в спортивних змаганнях. Найбільш сприятливий вид спорту – плавання.

Таким чином, значну роль у фізичній реабілітації хворих на сколіоз відіграє грамотний підбір найбільш доцільних та ефективних засобів реабілітації. Тривале застосування комплексу різних реабілітаційних засобів і заходів, сприяє отриманню позитивних результатів в консервативному

лікуванні сколіозу. Істотне значення в цьому комплексі мають ЛФК (рухові ігри, деякі спортивні ігри і вправи), масаж, методи пасивної корекції, ортопедичні підтримуючі корсети, фізіотерапевтичні процедури і вітамінотерапія.

1. Гордеева А. В. Реабилитационная педагогика : учебное пособие для вузов и колледжей / А. В. Гордеева. – М. : Академический проект; Королев : Парадигма, 2005. – 320 с. **2.** Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. для студ. высш. учеб. завед / В. И. Дубровский. – 3-е изд. исправл. и доп. – М. : Гуманитар. издат. центр ВЛАДОС, 2004. – 624 с. **3.** Латогуз С. И. Руководство по технике массажа и мануальной терапии / С. И. Латогуз. – М. : Издательство АСТ; Харьков: Торсинг, 2002. – 186 с. **4.** Белозерова М. Л. Лечебная физическая культура в педиатрии / М. Л. Белозерова, Л. Н. Власова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2006. – 222 с. **5.** Медична реабілітація / За ред. В. А. Спіфанова – М. : МЕДпресс-інформ, 2005. – С. 161–236. **6.** Медична реабілітація в педіатрії / за ред. М. В. Лободи, А. В. Зубаренко, К. Д. Бабова. – К. : ПП Купріянова О.О., 2004. – 381 с. **7.** Милюкова И. В. Лечебная физкультура : Новейший справочник / Под общ. ред. проф. Т. А. Евдокимовой. – СПб. : Сова; М. : Издательство Эксмо, 2003. – 86 с.