

УДК 615.82:616.711– 058.86

**Булавський Богдан, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – (Міжнародний економіко–гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)**

## **МЕДИКО–СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ЗІ СКОЛІОЗОМ**

***Анотація.** У статті здійснено теоретичний аналіз медико-соціальних аспектів фізичної реабілітації дітей зі сколіозом. Охарактеризовано чинники, що спричиняють прогресування сколіотичної хвороби. Обґрунтовано високу ймовірність виникнення психопатологічних розладів і нервово–психічних зривів у хворих на сколіоз.*

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

***Аннотация.** В статье осуществлен теоретический анализ медико–социальных аспектов физической реабилитации детей со сколиозом. Охарактеризованы факторы, которые вызывают прогрессирование сколиотической болезни. Обоснована высокая вероятность возникновения психопатологических расстройств и нервно–психических срывов у больных сколиозом.*

***Ключевые слова:** физическая реабилитация, сколиоз, дети, осанка, вертебрология*

***Annotation.** In the article the theoretical analysis of the medical and social aspects of physical rehabilitation of children with scoliosis is done. The factors that cause the progression of scoliotic disease are characterized. It substantiates the high probability of occurrence of psychopathological disorders and neuropsychiatric relapse for patients with scoliosis.*

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

**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 сколіоз. У школярів у віці від 10 до 15 років порушення постави виявляють в 94 % випадків. 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 [1].

Проблема порушень опорного-рухового апарату (ОРА) у дітей актуальна не тільки в Україні, але й у всьому світі, тому захворювання кістково-м'язової системи визнані в ВООЗ головним спрямуванням досліджень на період 2005–2015 років.

На сьогоднішній день питання контролю, діагностики і обліку патології у дітей, що мають сколіотичну деформацію, а також відновлювального лікування продовжують вивчати і розвивати. Як свідчить сучасна практика, своєчасне виявлення, лікування і профілактика порушень постави та сколіозів є пріоритетним напрямом державної політики, що відображено у багатьох документах [2].

Аналіз науково– методичної літератури свідчить, що ця деформація – одне з найбільш поширених захворювань опорно-рухового апарату, яке має тенденцію до прогресування і досягає вищого ступеня до закінчення зростання дитячого організму. Щорічно кількість дітей дошкільного та шкільного віку з патологією постави і сколіотичною хворобою збільшується (Николаева А. А. 2001, Черноземов В. Г. 2005). Одночасно з цим збільшується кількість дітей з тяжкими формами сколіозу, що викликає їх інвалідність (Колесов В. В. 2004).

**Проблеми лікування та профілактики сколіозу** присвячені роботи Л. Войчишина (2009), О.В. Пешкової (2009), Н.Б. Грейди (2011) та ін. Розв'язання наукової проблеми фізичної реабілітації дітей зі сколіозом започатковано в роботах О. Л. Луковської й С. М. Афанасьєва (2008), Б. К. Іваськіва та В. М. Трифонюка (2005) й інших авторів, які досліджували вплив занять на профілактиці Євмінова на морфофункціональний стан хребта та фізичну працездатність дітей і підлітків, В. Лукашенко (2012) досліджував вплив занять з фітболгмнастики на організм дітей зі сколіозом [3; 4; 5].

Сучасний стан питання профілактики і лікування дітей зі сколіотичною хворобою свідчить, що численна кількість досліджень, які стосуються сколіозу, не вирішує всіх проблем, пов'язаних з етіологією, класифікацією, діагностикою, лікуванням даного захворювання

**Мета статті** – обґрунтувати медико-соціальні аспекти реабілітації дітей зі сколіозом.

**Особливе місце в вертебрології** займає таке важке захворювання, як сколіоз, і наслідки його перебігу у вигляді сколіотичної хвороби.

Сколіотична хвороба – складна, багатопланова медико– соціальна проблема, яка потребує комплексного вирішення (Садова Т.Н., 2010). Поряд з труднощами вирішення питань ортопедичного характеру важливим залишається медико-соціальний аспект. Проблема реабілітації інвалідів зі сколіозом визначається не тільки зростаючим числом пацієнтів з даною патологією, а й відсутністю обґрунтованого, індивідуально диференційованого підходу до клініко-функціональної оцінки та медико–

соціальної реабілітації цієї складної категорії хворих (Садовий М.А., 1999; Алексєєва Н.В., 2003) [6].

Середній вік виходу на інвалідність у контингенті населення з невиліковними важкими формами сколіозу, за даними Р.Е.Райс (1996), становить 28 років, а середня тривалість життя – 35– 40 років. У дослідженнях Ю.Г. Сумина, (1995) виявлено, що 12% хворих на сколіоз є інвалідами в працездатному віці.

Прогресуючі і важкі форми сколіозу мають значні соціальні наслідки. Так, М. А. Садовий (2001) встановив підвищену смертність у пацієнтів з кутлом викривлення більше 80 °, при цьому 12 % померли від ускладнень з боку серця і легенів. У роботах М. В. Михайлівського та М. А. Садового (1999) виявлено, що середній вік померлих хворих склав 26,5 років, а смертність – 3,8 % [6].

Проблема медико– соціальної експертизи та реабілітації хворих зі сколіозом залишається актуальною і останнім часом привертає до себе все більшу увагу не тільки хірургів, ортопедів– травматологів, а й лікарів інших спеціальностей (Панкратова Г. С., 2007) [7].

У роботах М. В. Михайлівського, М. А. Садового (1999); В. Я. Фіщенко (2003) відзначається, що проблемі медичної реабілітації приділяється чимала увага, але найменше з точки зору комплексної медико– соціальної реабілітації.

При огляді хворих на сколіоз слід враховувати такий важливий фактор, як психологічна налаштованість мати інвалідність, а також небажання залишатися без соціальної допомоги та пільг. Ці моменти висвітлюються в роботах М.А. Садового (1990; 1993; 1999) [7; 8].

Проблема професійної орієнтації підлітків, хворих на сколіоз обумовлена великою значимістю цього важливого аспекту соціальної адаптації (Молотков Ю.М., Пустовойтенко В.Т., 2000). При своєчасному виявленні і лікуванні сколіозу і правильному виборі професії можна уникнути багатьох негативних наслідків, пов'язаних з вираженим обмеженням життєдіяльності. Професійна орієнтація підлітків є початковим етапом професійно–трудої реабілітації, вона визначає науково обґрунтований вибір трудового шляху, суспільно необхідної професії, котра найбільше відповідає їхнім індивідуальним можливостям, інтересам, мотивам особистості, а також максимальної ефективності навчання і подальшого працевлаштування в обраній професії (Шабаліна Н.Б., Пузин С.Н., 2000; Старобін Е.М., 2001)[9].

Незважаючи на те, що вертебрологія як самостійна наука в останні роки переживає пік свого розвитку, в даний час проблема сколіозу посилюється несвоєчасною діагностикою, нераціональним вибором методу лікування, а також великими витратами на лікування та соціальну реабілітацію (Ульріх Е. В., 2008; Садова Т.Н., 2010). В останні роки в

оперативному лікуванні хворих на сколіоз з'явилися сучасні технології та технічні засоби. Однак на значне поліпшення остаточної результату реабілітації хворих на сколіоз важко розраховувати, оскільки існують проблеми, вирішення яких знаходиться за межами зусиль ортопедів і хірургів. Умовно їх можна позначити як проблеми організаційного і тактичного планів.

Сколіотична хвороба – генетично обумовлене захворювання опорно–рухового апарату людини (Зайдман АМ, 2008), характеризується багатоплощинною деформацією хребетного стовпа і грудної клітки (Цив'ян Я.Л., 1993; Roach JW, 1999), супроводжується порушенням функції органів і систем організму (Ібрагімов Я.Х., 2001; Позднікін Ю.І. 2002; Мухамадеев А.А, 2003; Шалатоніна О.І., 2004), є причиною важких фізичних і моральних страждань і призводить до ранньої інвалідизації хворих і значного скорочення тривалості їх життя (Челякова Н.А., 1998). Зміна форми хребта і грудної клітки лише демонструє прояв сколіозу, а важким наслідком його є глибоке порушення функцій основних органів і систем організму, що призводить до ранньої інвалідизації хворих (Неманова Д. І. 2003; Автандилов А. Г. 2003), тому сколіотична хвороба, яка веде до стійких порушень здоров'я, є важливою проблемою вертебрології [10].

Поширеність сколіозу в світі, за даними різних авторів, становить від 3,2 % до 30 % населення (Гончаров Н. З., 2004; Воронович І. Р., 2007; Швецов В.І. з співавт., 2007; Панкратова Г. З., 2010) [7].

За даними ряду авторів, сколіотична деформація зустрічається у 4 – 28 % ортопедичних хворих (Шевченко С. Д., 2001; Михайлівський В. М., 2005). В інших дослідженнях (Фомічов Н. Г., Садовий М. А., 2004; Насонова В. А., 2001; Дудін М. Г., 2004), частота сколіозу варіює від 1,3 до 17,3 % (в середньому 4–8 %). Серед усього населення поширеність сколіотичної деформації хребта коливається від 2 – 5 % до 33,3 % і більше (Коськін В. В., 2002) [8].

За останні 20 років кількість хворих на сколіоз збільшилася з 6,4 до 27 % (Штурманова Т. І., 2001). Початкові форми сколіозу проглядаються фахівцями– ортопедами, або не є приводом для звернення і, найчастіше, діагностуються лише через роки, коли деформація починає значно прогресувати. У кожного четвертого підлітка на 100 оглянутих, виявлено порушення постави (Бондар І. І., 2001). Серед сколіозів найбільш поширені початкові стадії, тобто сколіоз I і II ступеня, на частку яких припадає 96% всіх сколіозів (Шаповалов В. М., 2000) [11].

За даними різних літературних джерел, інвалідність внаслідок захворювань опорно– рухового апарату становить 10% в загальному контингенті інвалідів і займає 3– е місце в структурі інвалідності (Гришина Л. П., 2010; Михайлов С. А., 1999; Андреева О. С., 2002;

Фомічов Н. Г., 2004; Михайлівський М. В., 2005; Коробов М. В., 2008). Серед ортопедичних захворювань, що обумовлюють інвалідність, найбільш часто зустрічаються захворювання хребта (35%), які займають 2–3 місце в інвалідації хворих із захворюваннями кістково–м'язової системи (Фомічов Н.Г., 1997; Кухта ОА, 2010), з них сколіоз становить 53% (Позднікін Ю.І., Соловйова К.С., 2003) [10].

Показники інвалідності при сколіозі відображають рівень профілактики, ступінь медичного обслуговування і можливості реабілітації, тобто є комплексною проблемою всього нашого суспільства. При цьому проблема інвалідності внаслідок сколіозу є частиною величезної проблеми інвалідації у всьому світі. За даними різних авторів, частота інвалідності у хворих на сколіоз становить в середньому від 5 до 12% (Лухмінська В. Г., Лухмінська Е. Н., 2004; Сумін Ю. Г., 2005; Порада А. М., 2009; Грейда Н. Б) [4; 12].

Незважаючи на досягнення і об'єктивні можливості сучасної травматології та ортопедії, хвороби кістково–м'язової системи та функціональні порушення опорно–рухового апарату, що розвиваються при цьому, залишаються однією з основних причин інвалідації дитячого та підліткового населення України. У більшості випадків інвалідність внаслідок сколіозу настає в дитячому віці, що зумовлює велику соціальну значимість досліджуваної проблеми (Соловйова К. С., Бітюков К. А., 2003; Бартршін І. Т., Михайловський М. В., 2006) [8;13].

За даними Міністерства охорони здоров'я України із загального числа дітей–інвалідів у 2009 році (207 342 особи) у 22,3% з них (43 611 осіб) саме патологія опорно–рухового апарату спричинила визначення категорії «дитина інвалід» (Лаврова Д. І., Пузін С. Н. та ін., 2008).

Частка захворювань кістково–м'язової системи, що обумовлюють первинну інвалідність у дітей і підлітків, пропорційно зростає зі збільшенням віку (Зелінська Д.І., 2009). У віковій групі від 0 до 4 років лише 1,5% дітей від загальної кількості інвалідів визнані інвалідами з захворюваннями кістково–м'язової системи, тоді як серед дітей і підлітків у віці від 10 до 15 років ця кількість зросла до 9,2 % (Красильников І. А., 2001; Позднікін Ю. І., 2002;) [10].

Як в Україні, так і за кордоном, актуальною залишається проблема надання спеціалізованої допомоги дітям з травматолого–ортопедичною патологією (Бартршін І. Т., Садова Т.Н., 2006; Ветріле С.Т., 2007; Малахов О.А., 2009).

Організаційно в деяких регіонах відсутня система управління процесом своєчасного надходження хворих на стаціонарне лікування на фоні недостатньої компетенції лікарів закладів охорони здоров'я; не визначені взаємозв'язки і спадкоємність між існуючими медичними установами та різними організаціями немедичного профілю, а отже, відсутня сама чітко

відпрацьована система медичної, професійної та соціальної реабілітації хворих на сколіоз. Тактично не вирішено питання диференціації програм реабілітації при різних ступенях і типах сколіозу, в залежності від етіології захворювання, порушення функції зовнішнього дихання та серцевої діяльності, нервової системи, а також від видів проведеного лікування і термінів, що пройшли після нього.

**Отже, за результатами** проведеного дослідження можна зробити такі висновки:

1. Рання діагностика сколіозу, виявлення об'єктивно значущих прогностичних ознак прогресування, таких, як локальні чинники, вид проведеного лікування, загальнобіологічні та соціальні чинники дозволяють своєчасно призначати і застосовувати адекватні методи консервативного і хірургічного лікування, не допускаючи розвитку виражених важких форм сколіозу, домагатися стабілізації процесу при сколіозі, що сприяє профілактиці інвалідності та попереджає її ускладнення.

2. Хворі зі сколіозом мають високу ймовірність виникнення психопатологічних розладів і нервово– психічних зривів (51,4% підлітків мають низьку нервово– психічну стійкість, гіпертомічний тип особистості виявлено у 54,8% хворих на сколіоз). Ризик виникнення розладів особистості підвищується в зв'язку з виразністю деформації хребта, тривалістю захворювання, необхідністю проведення оперативного лікування. Найбільший ризик виникнення психопатологічних змін особистості мають діти до 11 і підлітки старші за 14 років, у зв'язку з цим в реабілітаційну програму необхідно вводити заняття з психологом і профорієнтаційну роботу вже в підлітковому віці.

3. Сучасні підходи до огляду хворих на сколіоз, засновані на обліку прогностичних факторів прогресування сколіозу, чіткій оцінці функціональних порушень з боку хребетного стовпа, серцевої, дихальної, нервової та інших систем організму, а також на оцінці результатів і характеру проведеного лікування і його ефективності, сприяють правильному і повному визначенню ступеня вираження обмежень основних видів життєдіяльності і відкривають можливості більш об'єктивного, науково обґрунтованого вирішення питань медико– соціальної експертизи та реабілітації хворих на сколіоз.

1. Курса М. Фізична реабілітація дітей віком 11 – 12 років зі сколіозом II ступеня / М. Курса, О. Стасюк, С. Єфімова // Спортивна наука України.– Львів : ЛДУФіС, 2014. – №2. – С. 10–14. 2. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000. – 559 с. 3. Войчишин Л. Корекція і профілактика порушень постави у підлітків засобами фізичної реабілітації / Л. Войчишин // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз.

культури та спорту. – Л., 2009. – Вип. 13, Т. 3. – С. 35–39. **4.**Грейда Н. Б. Корекція постави підлітків засобами фізичної реабілітації / Н. Б. Грейда, О. С. Грицай, В. У. Кренделєва // Слобожанський науково– спортивний вісник. – 2011. – № 4. – С. 119–123. **5.**Пешкова О. В. Комплексна фізична реабілітація при сколіотичній поставі / О. В. Пешкова, О. М. Авраменко // Слобожанський науково– спортивний вісник. – 2009. – № 2. – С. 84–88. **6.**Садовой М. А. Оперативное лечение сколиотической болезни: результаты, исходы / М. А. Садовой, М. В. Михайловский. – Новосибирск, 1999. – 191с. **7.** Панкратова Г. С. Медико–социальные аспекты заболеваемости сколиозом / Г. С. Панкратова, Н. А. Фомина, М. Г. Дудин // Травматология и ортопедия. 2010. – №. 4 (46). – С. 50– 53. **8.** Михайловский М. В. Хирургическое лечение идиопатических сколиозов грудной локализации / М. В. Михайловский, В. В. Новиков, А. С. Васюра и др. // Хирургия позвоночника. 2006. – №1. – С. 25–32. **9.**Шабалина Н. Б. Использование компьютерных психодиагностических методик в целях профориентации подростков, больных сколиозом / Н. Б. Шабалина, С. Н. Пузин, Н. О. Сысоева // Медицинская техника. – М., «Медицина». – 2000. – № 6., – С. 16–18. **10.**Поздникин Ю. И. Оперативная коррекция грудопоясничного и поясничного сколиоза у детей и подростков / Ю. И. Поздникин, А. П.Дроздецкий // Мат. 13 научно– практической конференции SICOT. – Санкт– Петербург, 2002. – 119с. **11.**Шаповалов В. М. Деформации позвоночника (учебное пособие) / сост. В. М. Шаповалов К. А. Надулич, А. К. Дулаев, Н. М. Ястребков. – СПб.: МОРСАР АВ, 2000. – 196с. **12.**Порада А. М. Основи фізичної реабілітації / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К. : Медицина, 2006. – 247с. **13.**Макарова Е. В. Фізична реабілітація дітей з початковими проявами сколіозу в дошкільних закладах /Е. В.Макарова. – К.: Науковий світ. – 2002. – 19 с.