

диференціювання статевих ролей є уявлення про те, чим відрізняються або повинні відрізнятись один від одного (І.Кон).

Розрізняють два підходи до пояснення статевих відмінностей чоловіка і жінки, механізмів статевої соціалізації, особливостей процесу статевої розвитку особистості. Згідно першого підходу (традиційна психоаналітична концепція) ці відмінності є вродженими, а другий підхід (теорія соціального навчання, теорія моделювання, теорія когнітивного розвитку, нова психологія статі та ін.) їх основою вважає соціокультурне середовище.

Традиційна психоаналітична концепція, починаючи з Фрейда, у статевої диференціації перевагу віддає біологічним факторам і основним її механізмом вважає процес ідентифікації дитини з батьками. Погляди Фрейда щодо природи жінок містяться в його теорії сексуальності, яка до сьогоднішнього дня викликає великі суперечки, особливо проблема нормальної сексуальності.

Визначення понять "чоловік" і "жінка" суспільством у цілому дозволяє виокремити загальне й особливе в їхній психіці і поведінці. Поділ людей на чоловіків і жінок є глобальним й інваріантним стосовно історичного етапу, національної специфіки, культурних особливостей.

В історії психології, соціології і медицини *співіснують такі підходи до пояснення природи статевих відмінностей*: одні дослідники вважають, що ці відмінності вроджені, і рішення проблем у відносинах між чоловіком і жінкою – у розумінні поділяючої їхньої прірви; інші ж припускають, що соціокультурна основа відмінностей означає їхню тимчасовість, і декларують необхідність аналізу єдиної людської природи.

Стать визначається: генетично (XX - генетична формула жінки; XV - чоловіка); гормонально (наявність чоловічих і жіночих гормонів і відмінності їхніх сполучень у чоловіків і жінок); анатомічно (існування первинних і вторинних статевих ознак); соціально (формування чоловічих з жіночих ролей, ідеалів, норм поведінки); психологічно (розвиток статевої самосвідомості); юридично (фіксація статі в актах цивільного стану).

Історія психології і медицини показує, що жодна ознака, крім самосвідомості, не є вирішальною для визначення статі, точніше, відсутність будь-якої ознаки може вплинути на статево самосвідомість і призвести до її зміни. Психологія статі формується настільки рано, що діти не можуть цього пам'ятати, а батьки не можуть цього зафіксувати. Фактори, які є визначальними у формуванні статевої самосвідомості, з'ясувати складно, тому вони здаються вродженими для кожного з нас.

Статева самосвідомість, чи інакше статева ідентичність, у цьому випадку містить у собі такі психологічні комплекси:

- усвідомлення свого тіла як тіла людини визначеної статі;
- психологічне ототожнення себе з визначеною статтю;
- уявлення про сексуальні ролі;
- уявлення про чоловічі і жіночі ідеали.

Обидві статі подібні за цілим рядом фізіологічних характеристик. Стать - поняття не тільки біологічне, але і соціально-психологічне. Можна виховати чоловіка жінкою, а жінку чоловіком; інша справа, що норми і стереотипи суспільства розкривають конфлікт між статевою належністю і нав'язаними зразками мислення і поведінки, але обидві сторони конфлікту будуть мати соціокультурне, а не біологічне походження.

Нові моделі статевих ролей з'являються вже в XX столітті, коли суспільство дозріває до ідеї рівності статей. Модель андрогінної поведінки є найбільш ефективною в існуванні сучасної сім'ї, не протиставлення одне одному, а доповнення, взаємозамінність статевих ролей у сім'ї, андрогінність психологічних властивостей та рівноцінності чоловіків та жінок у всіх сферах людського буття. Андрогінність поєднує високий розвиток маскулітних та фемінних якостей в одній особі незалежно від статі. Андрогінність позитивно корелює з упевненістю в собі, здатністю до виконання будь-яких сімейних та професійних ролей, повноцінною реалізацією людини у всіх сферах діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

- 1.Говорун Т., Кікінежді О. Стать та сексуальність:психологічний ракурс. Навч.посібник. –Тернопіль, 1999. – 384 с.
- 2.Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб., 2002. – 544 с.
- 3.Маркова О.Ю. Психология пола и возраста:Учеб. Пособие.–СПб.,2000.–68 с.

5
»

С.А. СТУПНИЦЬКА

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЕТІОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВРОДЖЕНОЇ М'ЯЗОВОЇ КРИВОШИЇ

Стаття присвячена проблемі вродженої м'язової кривошиї та реабілітації дітей першого року життя з даною патологією.

Статья посвящена проблеме врождённой мышечной кривошеи и реабилитации детей первого года жизни с данной патологией.

The article devoted the problem muscle torticollis and rehabilitation of child during the first year of the confidening the given pathology.

Народження дитини – подія не тільки радісна, але й відповідальна. Перед батьками постає важливих завдань. Зазвичай найбільше турбот і недоспаних ночей пов'язане зі станом здоров'я дитини. Механізми реагування і опірності несприятливим чинникам зовнішнього середовища у немовлята недостатньо розвинуті і, легке на перший погляд, нездужання у дітей першого року життя може дуже швидко трансформуватись у серйозну проблему. Тому увага батьків скерована на профілактику та подолання переважно інфекційних захворювань і травм. Якщо ж хвороба не становить прямої загрози життю дитини, вона може сприйматись деякими батьками без належного серйозного ставлення. Як правило, очікується, що деякі порушення ліквідуються самі по собі, дитина „переросте”. Втрачається дорогоцінний час за який могло було б здійснити корекцію патології. І як наслідок такого легковажного ставлення – важкі порушення у стані здоров'я дитини. Прикладом такого захворювання, яке на перший погляд не становить загрози для життя здоров'я дитини, є вроджена м'язова кривошия.

М'язова кривошия – вроджене захворювання, суть якого полягає в змінах опорно-рухового апарату. Вона проявляється вже на перших тижнях – місяцях життя дитини. Серед хвороб опорно-рухового апарату у дітей вроджена м'язова кривошия посідає одне з перших місць [5,7].

Водночас нині склалася така ситуація, що дана патологія має чітку тенденцію до зростання серед дитячого населення [5,6,8]. Внаслідок своєчасно не діагностованої та не лікованої вродженої м'язової кривошиї в процес змін та деформації підлягають не тільки м'язи обличчя, шиї але і лицьовий скелет. Патологічний процес поширюється на цілий організм: порушується постава, ріст, розвиток, функціональні можливості дитини [4,6,8]. Тому з'ясування причин виникнення вродженої м'язової кривошиї дозволить здійснити необхідні профілактичні заходи і не допустити до розвитку захворювань або значно пом'якшити його наслідки.

Згідно з сучасними уявленнями кривошиєю називають стійке неправильне положення голови, яка проявляється у нахилі її в бік з одночасним поворотом обличчя в протилежний бік [7]. Локалізація змін переважно одностороння; дуже рідко патологічні прояви бувають двосторонніми. Клініко-етіологічно кривошия поділяється на декілька форм: вроджена, набута, неврогенна, дерматогенна, десмогенна, рефлекторна, артрогенна, оссальна, гіпопластична, компенсаторна, м'язова. Найчастіше зустрічається вроджена м'язова кривошия [6].

При аналізі різних теорій походження вродженої м'язової кривошиї найбільш вірогідним є наступний механізм виникнення: первинним є вроджений недорозвиток грудно-ключично-соскового м'яза. Пологова травма, не впливаючи на нормально розвинутий м'яз, у випадку недорозвитку і неповноцінності легкого призводить до його надриву з наступним поступовим розвитком рубцевої сполучної тканини [6].

На сьогоднішній день багато фахівців схиляється до думки, що вроджена м'язова кривошия є поліетіологічною патологією і обумовлена низкою екзогенних та ендогенних причин [1].

Найбільш поширеними екзогенними чинниками, які можуть спричинитись до розвитку вродженої м'язової кривошиї є термічні, радіаційні та хімічні. Експериментально та клінічно доведено, що термічні впливи на організм майбутньої матері, які полягають у підвищенні або, навпаки пониженні температури є однією з причин аномалій розвитку плоду.

Механізм дії хімічних речовин на ембріон є різним. В одних випадках хімічна речовина, вступаючи в контакт з ембріональними клітинами, може викликати локалізоване пошкодження окремих частин зародка, в інших вона обумовлює загальне порушення темпів розвитку організму. На даний час існують неспростовні докази щодо тератогенного впливу на ембріон різноманітних лікарських речовин [1].

Пошкодження іонізуючим випроміненням має чи не найбільш негативне значення для подальшого формування плоду. Результат дії радіоактивних чинників на ембріон залежить не стільки від тривалості впливу, скільки від стадії ембріонального розвитку: зародок людини найбільш чутливий до радіаційних впливів у період від 2 до 7 тижнів, тобто в період органогенезу [1].

До ендогенних чинників, які шкідливо впливають на розвиток ембріона, належать багатовіддїя маловіддїя, підвищений внутрішньо матковий тиск, тиск стінки матки на окремі ділянки ембріона, звуження тазу, патологія вагітності і пологів, пухлини матки, перетинки амніотичними нитками і складками, вимушене положення плоду, механічні травми матері під час вагітності. Окрім того, причиною аномального розвитку плоду деякі вчені вважають і такі чинники, як пізній вік батьків, осінньо-зимові зачаття, велику кількість пологів у матерів, наявність у неї інфекційного чи соматичного захворювання. Нездужання матері будь-якими соматичними чи інфекційними захворюваннями також може спричинити виникнення кривошиї, оскільки токсичні сполуки, які утворюються в материнському організмі, вільно переходять через плаценту і шкідливо впливають на плід [1].

Ще однією ендогенною причиною виникнення вродженої м'язової кривошиї може бути гіпоксія плоду, яка часто буває наслідком токсикозу, гормональних порушень або кровотеч у матері. Зазвичай гіпоксія ембріону сприяє виникненню багатьох вад розвитку цілого організму [1].

Відомо, що нормальний розвиток плоду є результатом взаємодії спадкових властивостей організму і умов внутрішньоутробного розвитку. Тому таке велике значення для здоров'я майбутньої дитини має охорона здоров'я матері. Вагітним необхідно створювати умови для нормального перебігу вагітності, намагатись виявляти та усувати різноманітні шкідливі чинники, які впливають на організм як матері, так і плоду. Обов'язковим є навчання вагітних санітарно-гігієнічним навичкам, раціональному поєднанню праці і відпочинку, правильній організації харчування. Необхідно відмовитись від таких шкідливих звичок, як куріння, вживання спиртних напоїв, безконтрольний прийом лікарських речовин. Спостереження за здоров'ям

майбутньої матері повинно бути систематичним, його необхідно проводити як в ранні, так і пізні терміни вагітності [1].

Спеціалісти-акушери вважають, що патологічний перебіг вагітності (кровотечі, резус-конфлікт між матір'ю і плодом, нефропатія і еклампсія, токсикоз) часто є причиною розвитку аномалій опорно-рухового апарату у дітей. Такі дефекти, як обвиття пуповиною і коротка пуповина, сидничне і ніжне передлежання, недоношеність є загрозливими щодо можливого формування різноманітних порушень у дитини, в тому числі, вродженої м'язової кривошиї. Разом з тим, велике значення в аномальному розвитку ембріону людини мають спадкові чинники: сімейні або спадкові форми вродженої м'язової кривошиї відомі з давнини. Окрім того, вроджена м'язова кривошия може бути обумовлена вродженими складними морфологічними змінами в уражених м'язах [1].

Основними умовами успішної боротьби з вродженою м'язовою кривошиєю є її профілактика, рання діагностика і своєчасне лікування. Профілактика вродженої м'язової кривошиї складається з огляду всіх новонароджених в пологових відділеннях досвідченим спеціалістом. Головний діагностичний прийом – порівняльна пальпація обох грудино-ключично-соскових м'язів при різних положеннях голови і шиї дитини. При виявленні різної щільності напруження м'язів після виписки з пологового будинку дитину обов'язково слід направити на консультацію до ортопеда. До профілактики також належить правильно організована допомога при пологах, попереджаючи і зменшуючи ризик пошкодження грудино-ключично-соскового м'яза не тільки при патологічних, але і при нормальних пологах [4].

Облік всіх дітей з кривошиєю, їх активна диспансеризація з контролем результатів лікування до повного видужання є обов'язковою умовою закінченого лікування і попередження рецидиву деформації [2].

Процес реабілітації дітей з вродженою м'язовою кривошиєю вимагає наполегливості та уваги з боку, як реабілітолога, так і батьків, які зобов'язані в домашніх умовах виконувати призначення і рекомендації [3]. Батькам роз'яснюють завдання лікування, які полягають в розм'якшенні та розтягненні м'яза на ураженому боці, укріпленні м'язів здорового боку шиї, попередженні атрофічних змін на ураженій половині обличчя і черепа. У ліжечку дитина повинна лежати хворим боком до світла, здоровим - до стіни. У цьому випадку на звуки і світлові подразники вона буде повертати голову і нахилити її у здоровий бік, розтягуючи вкорочений м'яз [7].

У випадку виявлення кривошиї ще в пологовому будинку, необхідно одразу призначити укладки для утримання голівки дитини в правильному положенні. Для цього використовують обгорнуті тканиною мішечки з піском або сіллю; голівку вкладають в правильне положення або в положення гіперкорекції між 2-а валками. Якщо ж голова дитини має неправильну форму і її важко утримувати в середньому положенні, застосовують ватно-марлевий "бублик", який готують з пеленки, обгорнутої бинтом; його підкладають під потилицю дитини. Для утримання голівки дитини по можливості в положенні гіперкорекції доцільно виготовити "нашийник" у вигляді картонно-ватного комірця.

Всі реабілітаційні маніпуляції повинні проводитись регулярно і ретельно. Разом з тим, певні реабілітаційні заходи найбільш ефективні у визначені терміни. Зокрема, коригуючі укладки і пов'язки ефективні тільки у ранні терміни лікування новонароджених, приблизно до 3-х місячного віку [3].

Фізичні вправи протягом перших 2-3 місяців після народження мусять мати виключно пасивний характер. Для цього здійснюють 20-30 плавних поворотів голівки дитини в бік ураження і стільки ж у протилежний. Досягнувши положення корекції голови, його утримують кілька секунд. Після того, як дитина починає тримати голову, повороти активно здійснюються самою дитиною, для чого застосовують різноманітні подразники (іграшки, звуки) [3].

Необхідно зазначити, що грубі редресуючі процедури є не тільки неефективними, але можуть спричинити шкоду, оскільки вони сприяють інтенсивній проліферації сполучної тканини в ураженому м'язі і поглибленню патологічних змін. У комплекс реабілітаційних заходів рекомендовано долучати спеціальні коригуючі вправи [3].

Важливе місце в ранній комплексній реабілітації вродженої м'язової кривошиї належить масажу, практичне застосування якого має певні особливості. Зокрема на ураженому боці застосовують полегшені прийоми, тоді як на здоровому - більш енергійний вплив; важливо масувати трапецієподібні м'язи та обличчя [3].

Таким чином, рання фахова діагностика дозволяє виявити вроджену м'язову кривошию вже у перші тижні життя дитини. Кваліфікована, наполеглива, сумлінна реабілітація із обов'язковим залученням батьків до процесу оздоровлення їх дитини дозволяє досягнути успіху у 100 % випадків, не допускати подальшої інвалідизації дитини, забезпечити їй повноцінне здорове життя [8].

Висновки.

1. Питання етіології вродженої м'язової кривошиї залишається остаточно не з'ясовано.
2. Вважається, що дане захворювання є поліетіологічним; у його виникненні беруть участь різноманітні ендотарма ектогенні чинники.
3. Велике значення для розвитку вродженої м'язової кривошиї має стан здоров'я матері, перебіг вагітності та пологів.
4. Основною умовою боротьби з вродженою м'язовою кривошиєю є її профілактика та рання діагностика.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абальмасова Е.А., Лузина Е.В., Врождённые деформации опорно-двигательного аппарата и принципы их происхождения.- Ташкент.: Медицина,1976. – 180 с.

2. Бондаренко Н.С. Ортопедия, травматология и протезирование // Врожденная кривошея. – М.: Медицина, 1981. - № 10. – с. 65-72
3. Берибек Р., Синос А., Редько К. Диспансерное обследование аппарата движения у детей. – М.: Медицина, 1980. – 145с.
4. Виленский В.Л., Михайлова Л.К. Фельдшер и акушерка // Врожденная мышечная кривошея. М.: Медицина, 1990. - №4. – с. 36-41.
5. Волкова М.В., Тер-Егназаров Г.М. Ортопедия и травматология детского возраста: Руководство для врачей, - М.: Медицина, 1983. – 465с.
6. Корнилов Н.В., Грязнухин Е.Г., Осташко В.И. Ортопедия: Краткое руководство для практикующих врачей. – Санкт-Петербург, – Гиппократ, 2001. – 368 с.
7. Мирзоева И.И., Конохов М.П. Ортопедия детей первого года жизни. – Л.: Медицина, 1983. – 128 с.
8. Терновой К.С., Синило М.И. Ошибки и осложнения в клинике травматологии и ортопедии. – К.: Вища школа, 1987. – 286с.
9. Терновский С.Д. Хирургия детского возраста: Учебник. –М.: Медгиз, 1959.-496с.

О.І. ТИРАВСЬКА, О.В. ПОМАРАНСЬКИЙ, Н.О. ІВАСИК
ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ МАЙБУТНЬОЇ МАМИ ЯК ОДИН ІЗ ЗАСОБІВ ЗАПОБІГАННЯ
ЦЕРЕБРАЛЬНИХ ПАТОЛОГІЙ У ДИТИНИ

У статті наведено аргументи використання фізичних вправ для вагітних з метою зниження ризику церебральних патологій у дітей.

В статье наведены аргументы использования физических упражнений для беременных женщин с целью снижения риска церебральных патологий у детей.

In the floor the arguments of the use of physical exercises are resulted for decline of risk of cerebral pathologies at children.

Згідно з даними МОЗ України 41,9 % від загальної кількості осіб з порушенням діяльності опорно-рухового апарату становлять діти з дитячим церебральним паралічем.

Згідно з даними ряду авторів [1, 2, 4], 80% випадків ушкоджень мозку, які викликають церебральний параліч, відбуваються у період внутрішньоутробного розвитку плоду. Отже важлива роль у виникненні ЦП приділяється порушенням нормального плину вагітності на різних її термінах.

Період внутрішньоутробного розвитку — це дев'ять місяців життя дитини у материнському лоні. І поки дитина не з'явилась на світ, її організм і організм матері єдині. Впливати на нього, оберігати від різних неприємностей може і повинна майбутня мати, турбуючись про правильний режим харчування, пр відпочинку.

Ще не так давно лікарі рекомендували майбутнім мамам поменше рухатися. Сьогодні такі рекомендації застаріли і вважаються необґрунтованими. Вагітність, якщо вона розвивається нормально, зовсім не привід відмовлятися від фізичного навантаження. Адже виконання під час вагітності фізичних вправ не спричиняє ніякого негативного впливу на ріст і розвиток плоду. Також вправи не змінюють фізіологічного плину вагітності та перебігу пологів.

Серед ускладнень, які виникають під час вагітності, якщо жінка мало рухається, розрізняють: зрощення плаценти, схильність до артеріальної гіпотензії, первинна і вторинна пологова слабкість, внутрішньоутробна асфіксія плоду, гіпотонічний кровообіг тощо.

Регулярні фізичні вправи сприяють гармонічному протіканню вагітності, підвищують фізичні можливості жіночого організму, поліпшують діяльність серцево-судинної, дихальної і нервової систем, позитивно впливають на обмін речовин, у результаті чого мати і її майбутнє маля забезпечуються достатньою кількістю кисню. А, як відомо, причиною виникнення церебральної патології дуже часто стає саме внутрішньоутробна гіпоксія плоду і порушення матково-плацентарного кровообігу. Киснева недостатність пригнічує синтез нуклеїнових кислот і білків, що призводить до структурних порушень ембріонального розвитку. Розвиток ембріону в умовах гіпоксії може бути основною причиною виникнення інвалідизації і патології розвитку плоду [1, 2, 4].

До того ж при наявності розладів внутрішньоутробного розвитку дитини, самі пологи часто мають важкий і затяжний перебіг. Таким чином, створюються умови для виникнення механічної травми голови й асфіксії, що є вторинними факторами, які викликають додатковий розлад первинного ураження мозку [3].

Для майбутньої дитини першочергове значення має стан матері з самого початку вагітності. Оскільки при дитячому церебральному паралічу, який виникає внаслідок дії шкідливого фактору у ранньому періоді вагітності, спостерігаються більш глибокі порушення нервової системи і відповідно прогноз є несприятливий [2, 3].