

**Надлишок енергій** у меридіанах проявляється болями у суглобах нижніх кінцівок, обмеженням рухливості першого пальця стопи, болями у грудях і підбер'ї, інтоксикацією їжею, здуттям живота, відчуттям переповненого шлунка, закрепом, слабкістю, зниженням розумової діяльності, несміливістю і розсіяністю.

**Недостача енергій** у меридіанах проявляється болями в епігастральній ділянці, недостатнім травленням з відчуттям втоми після їди, проносом, застоєм крові в ногах, слабкістю і парезом нижніх кінцівок, хворобами шкіри, схудненням, сіруватим відтінком обличчя, неувважністю, розсіяністю, сповільненістю, духовними лінощами, в'ялістю і нудьгою.

Ці прояви є симптомами, що свідчать про необхідність нормалізації структурно-функціонального стану меридіанів селезінки – підшлункової залози та їх автономної системи інформаційно-енергетичних мікроканалів. Достатній вплив на меридіани селезінки – підшлункової залози забезпечує необхідний терапевтичний ефект при лікуванні зазначених хвороб, а також структурно-функціональну нормалізацію сполучних тканин, синтез енергій, що позитивно впливатимуть на розвиток інтелекту, процеси мислення і творчої уяви.

## ЛІТЕРАТУРА

1. **Васильчук А.Л.** Функціональна анатомія інформаційно-енергетичних каналів тонкоматеріальних тіл людини. Львів.: „Каменярь”, 2003. – 376 с. + 34 арк. вклейок.
2. **Васильчук А.Л.** Атлас функціональної анатомії тонкоматеріальних тіл людини. Львів.: „Каменярь”, 2003. – 648 с.
3. **Васильчук А. Л.** Система інформаційно-енергетичних каналів тонкоматеріальних тіл людини. – Здоровий спосіб життя: Зб. наукових статей 13. випуск – Львів, 2006, с. 8 – 18.
4. **Васильчук А. Л.** Структурно-функціональна характеристика меридіанів (утворення меридіанів). – Здоровий спосіб життя: Зб. наукових статей 14. випуск – Львів, 2006, с. 8 – 11.
5. **Васильчук А. Л.** Структурно-функціональна характеристика меридіанів (основа і додаткові структури меридіанів – продовження з випуску 14/2006) – Здоровий спосіб життя Зб. наукових статей 15. випуск. – Львів, 2006, с. 7 – 17.
6. **Васильчук А. Л.** Структурно-функціональна характеристика меридіанів (власні меридіанові структури – продовження з випуску 14 – 15/2006) – Здоровий спосіб життя Зб. наукових статей 16. випуск. – Львів, 2007, с. 6 – 11.

А.М. ГЕРЦИК, У.Є.КУКА

## ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИК ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ

Стаття присвячена аналізу методик фізичної реабілітації дітей з опіками

Статья посвящена анализу методик физической реабилитации детей с ожогами

The article is devoted to the analysis of methods of physical rehabilitation of children with burns

**Актуальність, Постановка проблеми.** Опік – це ушкодження шкіри та прилеглих тканин під дією високих температур, полум'я, концентрованих кислот або лугів, інших агресивних хімічних речовин, високо- та низьковольтного електроструму, променевої енергії та комбінації вказаних чинників [1-3].

У цілому в світі щорічно на кожен мільйон жителів припадає 300 осіб, які потребують лікування з приводу термічних опіків або їх ускладнень [4].

Загалом, 70% уражень становлять опіки, отримані в побутових умовах, причому 30-40% із них припадає на дітей до 5 років. За минулий рік в Україні кількість зареєстрованих випадків отримання опіків серед дорослого населення становила 54 115 та 10 156 – серед дітей. На сьогодні в 25 регіонах України функціонують 32 опікових відділення, що забезпечує потреби нашого суспільства в «опікових» ліжках, але існують проблеми з організацією окремих дитячих опікових відділень [5-7].

Внаслідок обширних і глибоких опіків (термічних, електричних, хімічних) розвивається важкий, патологічний стан, що називається опіковою хворобою. Вона супроводжується порушенням функцій центральної нервової, серцево-судинної та дихальної систем, ендокринними розладами. Уражається опорно-руховий апарат: знижується обсяг рухів у суглобах пошкоджених сегментів тіла, зменшується маса та сила м'язів, порушуються рухові функції [7, 8].

У 80% опікова травма спричиняє пошкодження кінцівок [9]. При ураженнях кінцівок з'являються рубцеві дерматогенні контрактури, які приблизно в 25% випадків поєднуються з міо- і стромогенними [10].

Тому повне і швидке відновлення таких пацієнтів є можливим лише за умови проведення фізичної реабілітації [4, 6, 11].

Однак, питання фізичної реабілітації при опіковій травмі дітей раннього віку недостатньо висвітлене у вітчизняній фаховій літературі.

**Зв'язок роботи з науковими планами, темами.** Робота виконується в рамках Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006-2010 роки за темою 4.1.2 «Фізична реабілітація неповносправних осіб з руховими дисфункціями».

**Мета роботи.** Проаналізувати існуючі методики фізичної реабілітації дітей при опіковій травмі. Робота має подальше продовження й перспективним завданням є розробка програми фізичної реабілітації дітей з опіковою травмою.

**Результати дослідження.** В ході роботи ми вивчили та порівняли методики фізичної реабілітації описані Козинцем Г.П. [6, 7], Фісталем Е.Я. [8, 12], Ашкрафтом К.У., Холдером Т.М. [4, 13] та чинну методику, що використовується в опіковому відділенні 8-ї міської клінічної лікарні міста Львова. Дані порівняння методик представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Методики фізичної реабілітації при опіковій травмі

Засоби	Автори методик			
	Козинець Г.П.	Фісталь Е.Я.	Ашкрафт К.У. та Холдер Т.М.	Опікове відділення м. Львова
ЛФК	+	+	+	+
Масаж	+	+	+	+
Лонгетування	+	+	+	+
Шинування	+	+	+	+
Компресійний одяг	-	-	+	+
Участь батьків	-	-	-	-
Особливості	Психотерапія, дієтотерапія, фіто-, лазероте- рапія, препарати Алоє Ферст та Желе Алоє Вера	Буки-промені	Присутність батьків при лікуванні	

Доктор мед. наук, професор Козинець Г.П. (2003) запропонував методику, де описано використання біологічно активних препаратів Алоє Ферст, Желе Алоє Вера разом із засобами фізичної реабілітації.

Завданнями висвітленими в методиці є зменшення розвитку контрактур та сприяння позитивній динаміці визрівання рубців.

В даній роботі пропонується використання масажу, ЛФК, психотерапії, дієтотерапії, фітотерапії, лазеротерапії у комплексі з препаратами Алоє Ферст, Желе Алоє Вера у вигляді пов'язок та аплікацій.

Проаналізувавши дану методику ми побачили, що основна увага в ній приділяється використанню препаратів Алоє Ферст, Желе Алоє Вера та вивчення їх впливу на опікову поверхню. Натомість недостатньо висвітлені засоби фізичної реабілітації та їх вплив на організм дитини, а також не виявлено, яку роль відводять батькам та дітям у проведенні фізичної реабілітації [6, 7].

В методиці запропонованій Фісталем Е.Я. (2001) виявлено цікавий факт: використання в реабілітації опікових хворих буки-терапію. Буки-терапія – це використання буки-променів котрі мають спектр поміж рентгенівським та ультрафіолетовим випромінюванням та застосовуються досить тривалий час у дерматокосметології.

В реабілітації опечених автор виділяє три періоди:

I період – ранні консервативні заходи;

II період – реконструктивно-відновні операції;

III період – повторення та продовження консервативних заходів;

До кожного періоду розроблені засоби фізичної реабілітації.

В першому періоді ефективність реабілітації обумовлена раннім початком комплексного лікування за індивідуальним планом: сполучення лікувальної фізкультури та масажу, медикаментозних засобів і фізіотерапії, санаторно-курортного та компресійного лікування.

Другий період реабілітації – реконструктивно-відновні операції з метою максимально можливого покращання функції кінцівок.

Третій період – застосування консервативних засобів лікування для ліквідації залишкових функціонально-косметичних недоліків реконструктивно-відновного періоду.

Проаналізувавши дану методику ми виявили чіткий розподіл реабілітації на періоди та опис засобів реабілітації, які використовують у них, але у даній методиці не висвітлено ролі, яку відводять батькам та дітям у проведенні фізичної реабілітації [7, 12].

У методиці, описаній Ашкрафтом К.У. та Холдером Т.М. (1996) наголошується на активному залученні батьків у процес реабілітації їхніх дітей. Наголошується на тісній співпраці лікарів, медичного персоналу та родичів. Водночас згадані автори не описують роль батьків у реабілітації.

Зниження фізичної та емоційної інвалідації є одним із завдань, що висвітлюється в даній методиці. Тут наголошується на постійних, регулярних заняттях (активні і пасивні вправи), відповідне положення і заходи, направлені на зменшення набряку, а після закриття опікових ран – на необхідність продовження іммобілізації (шинкування), застосування стискаючих пов'язок. Для попередження формування гіпертрофічних рубців описується використання компресійного одягу [4, 13].

Враховуючи дані, які отримані в результаті аналізу можна зробити висновок, що дана методика найбільше з попередніх висвітлює аспекти фізичної реабілітації дітей з опіковою травмою. Лише в цій методиці вказується на залучення батьків у процес фізичної реабілітації, але не описується, що саме вони мають робити.

В опіковому відділенні 8-ї міської клінічної лікарні застосовують методику, яка включає використання таких засобів як: масаж, електрофорез, міотон, лонгетування, шинкування, компресійний одяг. При застосуванні компресійного одягу батькам даються інструкції, як за ним доглядати.

Провівши аналіз та порівнявши методики фізичної реабілітації було встановлено, що спільними рисами методик Козинця Г.П. (2003), Фістала Е.Я (2001), Ашкрафта К.У. та Холера Т.М. (1996) і методики, яка використовується в опіковому відділенні 8-ї міської клінічної лікарні є проведення масажу, ЛФК, лонгетування та шинкування. В методиках Ашкрафта К.У. та Холера Т.М. і згаданого опікового відділення використовується компресійний одяг.

Особливістю методики Козинця Г.П. є психотерапія, фіто-, дієтотерапія, лазеротерапія у поєднанні з комплексним використанням препаратів Алое Ферст та Желе Алое Вера у вигляді пов'язок та аплікацій.

Особливістю методики запропонованої Фісталем Е. Я. є використання Буки-променів та водних процедур.

В методиці Ашкрафта К.У. та Холера Т.М. наголошується на активній участі дітей і батьків у процесі лікування та реабілітації.

**Висновок.** У вище перелічених та проаналізованих методиках фізичної реабілітації, питання фізичної реабілітації дітей з опіковою травмою, особливо дітей раннього віку, висвітлене недостатньо. Зокрема:

- Не висвітлено особливості організації та проведення занять з дітьми,
- Не описано, яку участь у процесі реабілітації беруть батьки;
- Не приділено увагу контролю та самоконтролю у фізичній реабілітації.

У наших подальших планах – розробити, обґрунтувати та апробувати програму фізичної реабілітації дітей раннього віку в умовах стаціонару з опіковою травмою.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бігуняк В.В., Повстяной М.Ю. Термічні ураження. – Т.: Укрмедкнига, 2004. – 68с.
2. Герич І.Д., Барвинська А.С.. Опіки, відмороження, електротравма: Метод. рек. до практ. занять для студ. 3-го курсу мед. ф-тів. Л., 2000. – 56 с.
3. Параманов Б.А. и др. Ожоги: Руководство для врачей. – СПб.: Специальная литература, 2000. – С. 424.
4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб.: Хардфорд, 1996. – С. 384.

5. Зубанова Т.Є. Кожна пластика при усунуванні послеожогових деформацій у дітей // *Журнал травматології та ортопедії*. – 1999. – №1. – С. 75-77.
6. Козинець Г.П. Лікування і реабілітація опікових хворих // *Актуальні питання медицини*. – Чернівці, 2004. – Ч.1. – С. 198-202.
7. Слесаренко С.В., Козинець Г.П. Ожогова травма. – Д., 1990. – 18 с.
8. Експертиза працездатності опечених: Метод. рек. / Уклад. Е.Я.Фісталь, Л. П. Онищенко. – Донецьк, 2001. – 48 с.
9. Вихриева Б.С. Бурмистрова В.М. Ожоги. Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1986. – 169 с.
10. Лечение термических ожогов у детей / С.С. Гладкова, И.Н.Груздова, Г.Н. Румяцева, Б.Д. Салитонов // *Хирургия*. – 1995. – №4. – 384 с.
11. Reuter G., Laskus S. Zur local behandlung thermischer verletzungen bei kindern // *Zbl. Chirurg.* – 1986. – Bd III, N14. – S.825–836.
12. Фісталь Е.Я. Основні аспекти реабілітації хворих з наслідками опіків // *36 наукових робіт на конгресу хірургів України*. – К.: Клінічна хірургія, 1998. – С. 469.
13. Christopher M. Brammer: *Manual of Physical Medicine and Rehabilitation*. – Philadelphia: Hanley and Belfus, inc., 2002. – 268 p.

**А.М. ГЕРЦИК**

### **ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАБУТИМИ КОНТРАКТУРАМИ**

У статті подано короткий аналіз окремих аспектів реабілітації осіб з набутими контрактурами, розглянуто метод тестування суглоба «кінцевим відчуттям».

В статті приводиться короткий аналіз окремих аспектів реабілітації осіб з набутими контрактурами, розглянуто метод тестування суглоба «кінцевим відчуттям».

Brief analysis of separate aspects of physical rehabilitation of persons with acquired contractures is presented in this article. The method of testing “end feel” is revealed.

**Актуальність.** Контрактурою називають обмеження нормальної амплітуди руху у суглобі. Таке обмеження переважно є зумовленим механічними перешкодами, які виникли в межах суглоба, або навколосуглобовими патологічними змінами у шкірі, фасціях, зв'язках, сухожиллях [1].

У сучасній медичній літературі пропонується декілька класифікацій контрактур. Зокрема, розглядають природжені та набуті контрактури, які за походженням поділяють на післятравматичні, післяопікові, післяімобілізаційні, анталгічні [1-4].

Найбільш поширеними є набуті контрактури, що виникають внаслідок травм (внутрішньосуглобових переломів, пошкодження зв'язок та капсули), запальних та дистрофічних процесів у суглобі, тривалої іммобілізації, оперативних втручань на суглобах, уражень прилеглих тканин.

Набуті контрактури спричиняють відносно вкорочення кінцівок та значні рухові дисфункції. Зокрема, це порушення функції ходи і необхідність користуватися паличкою або милицями (при контрактурах нижніх кінцівок), труднощі у самогляді та самообслуговуванні (при контрактурах верхніх кінцівок). У важких випадках може виникнути тривала непрацездатність, або інвалідність.

Більшість контрактур лікують консервативними методами. При цьому велика відповідальність падає на фахівців фізичної реабілітації, оскільки фізична вправа є головним засобом відновлення нормальної амплітуди рухів. Водночас питання ліквідації (розробки) контрактур у фаховій літературі висвітлені побіжно, або взагалі не згадуються [1,5-7]. Переважно автори обмежуються рекомендацією поєднувати фізичні вправи з фізіотерапією при консервативному лікуванні. Лише поодинокі фахівці подають окремі загальні рекомендації щодо застосування фізичних вправ. Так Олекса А.П. (2006) вказує на необхідність участі самого пацієнта у розробці контрактур і пропонує застосовувати активні вправи в межах безболісної амплітуди замість грубих пасивних рухів. При цьому автор майже не аналізує особливостей розробки окремих видів контрактур [1].