

Але вони не наносили шкоди дитячому здоров'ю, бо їм вчасно давали адекватну оцінку і використовували належну відсіч. Помічаючи у вчителів амбітність, замішану, власне на здатності знання, філософи намагалися нагадати їм, що „багатознання не навчає людину бути мудрою” (Геракліт). „Нам без відпочинку і стримів дзижчать у вуха, сповіщаючи різноманітні звуки. Нас до того привчили до шлейок, що ми вже не в стані без них обійтись. Ми втратили свободу і власну силу” [4].

Перехід міри однаково стосується як навчання, так і виховання, як перебору із знанням, як надто жорсткої опіки, коли постійна у прийнятті рішення приводить до атрофії відповідних центрів нервової системи.

Стосовно власне інформації, то якщо її звести до кількісного виміру, до тренування пам'яті, до зазубрювання однозначних і односкладових відповідей на тестові завдання, можна не лише отупіти, очерствіти душею, а й озвірити.

Другою формою реакції на колосальне пониження у статусі є істерична реакція, а точніше „втеча в хворобу” („Чого б я тільки не досягла в педагогіці, якби не було таких програм!”, „Якою б класною була моя школа, якби в ній не було цих обмежених і обмежених дітей!”). Ця відстороненість, а точніше, відчуження так само має своє пояснення. Вона є наслідком „перенесення”. Вчителям зручно зображати суть справи таким чином, що до того, що в школі діється, вони є абсолютно непричетними. Ніби це не вони виключно лише задля підтвердження, бажаючи про себе будь-що заявити, з кожним роком піднімають „планку” вимог. Ніби не вони перекладають проблеми виховання на комп'ютер! Ніби не вони відсутність дітям цілковиту відсутність критичного мислення і вищій пілотаж соціальної свободи. Ну і т.п.

Упереджуємо заперечення – в усьому винні діти. Вони так, мовляв, змінилися, що із старими методиками до них і підступитися не можливо. Де цим інноваторам знати, що людина є незмінною, а якщо вони її змінили, а, точніше, спотворили, то це треба визнати і змінитися. Немає на сьогодні в світі дітей, які були б настільки спраглими душевного тепла і любові в сенсі любові, як наші. Отже ми повинні відповісти на ключове питання сучасної педагогіки: *Хто подасть урок добра і милосердя?*

Немає вчителям на кого нарікати. Теперішній їх соціальний стан є результатом дії закону розплата за відхід від „педагогіки серця”, за економію на добрі і душевному теплі, за жорстокість і лукавство. „Що посієш – те й пожнеш”, – хто сказав?

ЛІТЕРАТУРА

1. Генон Р. Царство количества и знамения времени. М., 2003.
2. Дыконов И.М. Люди города Ура. М., 1990.
3. Манхейм К. Диагноз нашего времени. М., 1994.
4. Монтень М. Опытты. В 3-х томах. Т.1. М., 1954.
5. Платон. Законы //Платон. Соч. В 3-х томах. Т.3.4.П, М, 1971, с. 95.
6. Нагірна А. Василь Кремень: „Майбутнє за індивідами, які активно мислять, які зуміють жити в системі штучного розуму” //Дзеркало тижня. – 2007. – 23-30 червня.
7. Хейзинга Й. В тени завтрашнього дня //Хейзинга Й. Homo ludens. М., 1992.

В.МАЛЯРСЬКА, Р.Р.МАРЦИНКІВ, О.В.ШАБАТ

ПОПЕРЕКОВИЙ БІЛЬ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Представлені та проаналізовані причини виникнення поперекового болю, виділено критерії діагностики первинного та вторинного болю в нижній частині спини (БНС), підходи медичної реабілітації з допомогою масажу та ЛФК.

Представлены и проанализированы причины возникновения боли в позвоночнике, выделены критерии диагностики первичной и вторичной БНС, необходимость реабилитации с помощью массажа и ЛФК.

The reasons of origin of pain in a spine are represented and analysed, the criteria of diagnostics of primary and second BNS, necessity of rehabilitation by a massage and LFK are selected.

Поширеність поперекового болю досягла епідемічного рівня. Причини його виникнення ще й досі до кінця не з'ясовані, але результати лікування значно покращились. Синдром БНС (біль в нижній частині спини, low back pain, люмбалгія) характеризується больовим синдромом, локалізованим між XII парою ребер і сідничними складками. До 80% дорослих людей рано чи пізно звертаються за допомогою до спеціалістів з причини больового синдрому, а щорічна захворюваність становить 5%. Частіше хворіють чоловіки працездатного віку. У 20% осіб біль має хронічний перебіг. Популяційні дослідження виявили тісний зв'язок БНС з такими факторами, як стать, вік, постава, м'язова сила та рухомість хребта.

Поперековий біль є симптомом, який може сигналізувати про різні ушкодження на рівні поперекового відділу хребта. Діагностичні сумніви виникають під час визначення причини, якими можуть бути численні механічні і біохімічні компоненти. Причинами болю можуть бути ушкодження м'язів та зв'язок, кили міжхребцевих дисків та пролапси, звуження спинно-мозкового каналу, вроджені аномалії хребта, патологія нирок, підшлункової залози, аорти або статевих органів. І, врешті-решт, поперековий біль супроводжує такі важкі захворювання, як рак, інфекції внутрішніх органів та кісток та різні форми артриту. У 98% хворих з поперековим болем причини хвороби є тимчасовими і в основному пов'язані з ушкодженням м'язів, зв'язок, кісток або дисків.

Умовно виділяють два види болю: ноціцептивний, який виникає при стимуляції ноціцепторів, больових рецепторів вільних неінкапсульованих нервових закінчень, та нейропатичний, що виникає при ушкодженні або дисфункції чутливих нервових волокон.

Джерелом болю в попереку може бути больова імпульсація, яка виходить з ушкоджених тканин як хребта, так інших структур: суглобів, з'єднань, вісцеральних органів, шкіри, зв'язок, м'язів, як паравертебральних так і екстравертебральних. Структури хребцево-рухових сегментів іннервуються зворотніми гілками спинно-мозкових нервів або синуввертебральних нервів Люшка. Джерелами болю в хребцево-руховому сегменті є зв'язки і м'язи, окістя, фіброзне кільце, синовіальні оболонки та унко-вертебральні з'єднання. Вся ноціцептивна імпульсація поступає через задні корінці в нейрони задніх рогів спинного мозку, по ноціцептивних шляхах досягає центральної нервової системи. Одночасно больові імпульси активують альфа- і гама-мотонейрони передніх рогів спинного мозку. Активація передніх мотонейронів приводить до спазму м'язів, які іннервуються даним сегментом спинного мозку. При м'язовому спазмі відбувається стимуляція ноціцепторів м'язового волокна. В спазмованих м'язах розвивається локальна ішемія, яка посилює активацію ноціцепторів м'язового волокна.

Таким чином, спазмований м'яз є джерелом додаткової ноціцептивної імпульсації, яка поступає в клітини задніх рогів відповідного сегмента спинного мозку. Надмірний потік больової імпульсації відповідно збільшує активність передніх мотонейронів, що приводить до ще більшого спазму м'язу. Так формується безвихідна ситуація: біль – м'язовий спазм – біль – м'язовий спазм.

Сенсомоторний рефлекс не працює виключно у автономному режимі. Активність як нейронів задніх рогів так і передніх мотонейронів знаходиться під контролем центральної нервової системи. Особливе значення має активність нисхідних антиноціцептивних систем, яка змінює функціональний стан сегментарних структур, протидіє потоку больової імпульсації на нейрони задніх рогів, а відповідно, і блокує центральну ноціцептивну імпульсацію і активацію передніх мотонейронів.

На сьогоднішній день виділяють первинний та вторинний синдроми БНС.

Первинний синдром БНС, або дорсалгія – це больовий синдром в спині, обумовлений дистрофічними або функціональними змінами в тканинах опорно-рухового апарату(суглоби, міжхребцеві диски, фасції, м'язи, сухожилки, зв'язки) з можливим захопленням в процес суміжних структур (корінця або нерва). Причинами виникнення первинного синдрому БНС є механічні фактори: дисфункція м'язово-зв'язкового апарату, спондиліоз хребта, спондилоартроз, кила міжхребцевого диску.

Найбільш поширеною причиною первинного синдрому БНС є вікові дегенеративно-дистрофічні процеси у міжхребцевих дисках м'язово-зв'язкового апарату. Біль, який є наслідком, виникає внаслідок механічної дисфункції між кістковими структурами хребта, у тому числі міжхребцевими суглобами. Домінуюча скарга – постійний помірний біль в поперековій ділянці, який поступово посилюється, виникає найчастіше у віці 30-50 років, причому жінки страждають від нього частіше. У деяких пацієнтів під впливом спадкових факторів(аномалій розвитку) або травм, надмірного навантаження на хребет дегенеративний процес починається у молодшому віці, приблизно в 20-25 років. **Остеохондроз хребта** – це дегенеративне ураження хряща

хребцевого диска з реактивними змінами тіл хребців(спондиліозом). Клінічним проявом цього процесу є нейродистрофічний та корінцевий синдроми.

Спондилоартроз є основною причиною БНС у людей літнього віку. Його розвиток пов'язаний з дегенеративним процесом, що локалізується у міжхребцевих суглобах. Характерний набічний больовий синдром, локалізований паравертебрально, посилюється при тривалому сидінні або розгинанні, зменшується – при ході та сидінні.

Кила диску також нерідко приводить до типового БНС. Найбільш поширена локалізація кили диску – на рівні L4-L5,L5-S1. Кила диску з компресією корінця S1 викликає типовий біль у попереку з іррадіацією по зовнішньо-латеральній поверхні стегна, передній ділянці гомілки та латеральної поверхні ступні. БНС, пов'язаний з патологією міжхребцевих дисків, посилюється при чханні та кашлі.

Основним ускладненням остеохондрозу хребта та кили міжхребцевого диску є **радикулопатія**. Її виникнення пов'язане з мікротравматизацією нервового корінця навколишніми тканинами, і супроводжується розвитком запалення, ішемії та набряку. Клінічними симптомами радикулопатії: стріляючий радикулярний біль, який поширюється на сідницю, стегно, литку, ступню; посилюється при рухах у поперековому відділі хребта. Для радикулопатії характерні симптоми випадіння в зоні іннервації ураженого корінця (гіперестезії, гіпо- або атрофії чутливості з формуванням периферійних парезів, зниження або випадіння сухожилкових рефлексів). Для радикулопатії характерний симптом Ласега .

Причиною первинного синдрому БНС можуть бути рефлекторні **м'язово-тонічні синдроми** вертеброгенного характеру. Джерелом больової імпульсації можуть служити рефлектори фіброзного кільця, м'язово-зв'язковий апарат хребта, капсули міжхребцевих суглобів. У відповідь на больову імпульсацію виникає м'язовий спазм і формується замкнене коло: біль – м'язовий спазм – біль.

Досить поширена причина БНС – **міофасціальний синдром**, що виникає при ураженні м'язового поясу та нижніх кінцівок. Він виникає внаслідок тривалої анти фізіологічної пози, переобтяження нетренованих м'язів, хвороби вісцеральних органів (шлунково-кишкового тракту та малого тазу), аномалії розвитку. Критеріями діагнозу міофасціального синдрому є сповзані м'язи, болючі м'язові ущільнення, активні тригерні точки з формуванням зон локального болю. Важливим для встановлення діагнозу є відновлення болю, при натискуванні на активну тригерну точку. Відновлення болю – одна з умов діагностики міофасціального синдрому.

Біль в попереку, що виникає після тривалої ходи , вказує на можливість розвитку **стенозу спинного каналу**. Пацієнт скаржиться на біль та судоми в поперековій ділянці спини та сідниць, які виникають підчас ходи; в лежачому положенні біль минає. Відновлюється при фізичних навантаженнях. При обстеженні хворого спостерігається слабкість в ногах після виконання навантаження, зниження рефлексів і розлади чутливості.

Часто при первинному синдромі БНС патологія хребта проявляє себе скаргами на біль у попереку та юнацькому віці. Досить часто це пов'язано з ортопедичними розладами – сколіозом, кіфозом, розладами постави. Відмінність розладу постави від сколіозу полягає в компенсаторному викривленні хребта у відповідь на вертеброгенну причину: різна довжина ніг, “улюблена” патологічна поза, носіння сумки на одному плечі та інші. Нерідко ортопедична патологія проявляється при інших аномаліях розвитку: надлишковій рухомості суглобів, пролапсі мі трального клапана, нефроптозі та ін. При наявності декількох ознак структурної аномалії цей стан називають синдромом дисплазії спинного каналу, а за наявності гіпермобільності суглобів – гіпермобільним синдромом.

У дитячій практиці часто діагностується юнацька остеохондропатія, або хвороба **Шморля-Мау**, - наслідок вродженого дефекту розвитку замикаючих пластинок хребців. Початком цієї патології є початок симптоматики, що співпадає з пубертатом (14-17 років) та проявляється патологічними ознаками – подвійний контур опорних площин, численні кили Шморля, аномальна формація тіл хребців та ранні дегенеративні зміни.

Врахований синдром БНС діагностується тоді, коли тривалість болю утримується більше ніж місяць. Причини болю можуть бути різноманітними: вроджені аномалії розвитку (спондилолітез – зсув хребця до переду), травми, запальні захворювання хребта, інфекційні ураження, порушення метаболізму, захворювання сечостатевої системи; локальний біль при патології внутрішніх органів.

БНС деколи може бути єдиною клінічною ознакою пухлини хребта (первинної чи метастатичної). Біль при цьому не проходить в спокої, посилюється вночі та при перкусії. Крім злоякісних пухлин, можуть виникати і доброякісні (кисти, хондроми). Пухлини іншої локалізації (соматичної) можуть бути проявами БНС: пухлина підшлункової залози, задньої стінки шлунку, гіпернефрома, рак простати та інші.

БНС хронічного перебігу спостерігається часто у жінок при захворюванні тазових органів: опущення матки, міома, ендометрит, аднексит, рак матки, ендометріоз, а також при порушеннях менструального циклу. Гострий больовий синдром у поперековій ділянці може вказувати на розрив або розшарування аневризми черевного відділу аорти у пацієнтів з серцево-судинною патологією. Варикозне розширення вен малого тазу може бути проявом БНС; біль посилюється при тривалому стоянні і локалізований в крижах. Остеопороз та його ускладнення можуть проявлятися болем в спині у жінок в менопаузальному періоді.

Провокуючими факторами гострого та підгострого перебігу БНС можуть бути травми, підйом великого вантажу, непідготовані рухи, тривале перебування в нефізіологічній позі, переохолодження.

Найчастіше БНС має механічний характер і проходить через декілька днів або 1-2 місяці.

Для диференційної діагностики БНС слід пам'ятати про ознаки, що носять вторинний характер: 1. біль, який не зменшується при зміні положення тіла та зменшується в спокої або минає при положенні пацієнта на спині з зігнутими ногами (інфекції, туберкульоз, остеомієліт, пухлини, пошкодження кісток); 2. гарячка (септичний дисцит, епідуральний абсцес); 3. гарячка, схуднення (хронічні інфекції, метастази, пухлини); 4. гострий біль, який не дає хворому лежати (розшаровуючи аневризму, ниркова коліка, розрив органа); 5. нічний біль (неопластичний процес); 6. біль, який посилюється при ході та розгинанні хребта, ірадіює в ногу та зменшується при нахилі вперед у положенні сидячи (стиснення спинного мозку); 7. біль та скутість (триває більше 30 хвилин), посилюється вранці у пацієнтів до 40 років (спондилоартропатія); 8. двобічна іррадіація болю (пухлина, кила між хребцевого диску, спондилоартропатія); 9. наявність неврологічної симптоматики - розлади рухів та чутливості, функції тазових органів, анестезія промежини, рефлекс Бабінського, клонус стопи (стиснення нервового корінця, пухлина, кила); 10. біль, який триває більше 2 місяців.

При ліквідації гострого болю широко використовують програми реабілітації: мануальну терапію, масаж, рефлексотерапію, фізіотерапію, грязелікування, сухе та підводне витягання, ЛФК. Протипоказами до проведення мануальної терапії та витягання є гострий період радикального або радикалоішемічного ураження, виражені спондилоз та остеопороз, нестабільність хребта зі спондилолітезом.

Мета масажу та лікувальної фізкультури для цієї групи захворювань, полягає у покращенні кровообігу, трофіки тканин, укріпленні м'язів, розтягненні м'язів, що знаходяться в стані контрактури, попередження розвитку м'язових атрофій, зменшення або повна ліквідація болю, прискорення регенерації ушкодженого нерва, стимуляції обмінних процесів в м'язах та в організмі в цілому.

Для лікування м'язових синдромів рекомендовано лікувальний (класичний) масаж і різновидності рефлекторного масажу – точковий і сегментарний. Основними оздоровлюючими факторами будь-якого типу масажу є його позитивний вплив на центральну нервову систему, механізми нейрогуморальної регуляції, тканинні і органічні мікролімфогемодинамічні механізми, нервово-м'язовий апарат, шкіру та інші морфофункціональні системи. Під впливом масажу знижується рівень патологічної імпульсації до внутрішніх органів і центральних структур нервової системи, що найважливіше, приводить до нормалізації її основних процесів. Враховуючи патогенетичні механізми больових синдромів, слід вважати, патогенетично обґрунтованим методом рефлекторної терапії – масаж.

Лікувальна фізкультура (ЛФК) займає значне місце в системі реабілітації хворих з різними патологічними синдромами. За показами ЛФК можна поєднувати зі всіма методами терапії м'язових синдромів. Лікувальну гімнастику призначають на 2-3 день. Курс лікування в стаціонарі – 12-20 щоденних процедур. Починаючи з 5-6 процедури, хворі можуть самостійно займатися другий раз протягом дня. ЛФК проводять через 30-45 хвилин після фізіотерапевтичних і масажних процедур. Слід пам'ятати, що застосування різних методів та форм ЛФК значно підвищує ефективність комплексного лікування.

Отже, БНС – це синдром різних захворювань, тому лікар повинен встановити нозологічний діагноз, а це допоможе провести правильну адекватну патогенетичну терапію. Зменшення кількості хворих з хронічним перебігом болю буде економічно вигідним.

Незбагненна природа і економічні витрати поперекового болю є важливими причинами зростаючої зацікавленості до нових пошуків в цій галузі медицини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беленький А.Г. Дорсалгии при дегенеративных заболеваниях позвоночника//Русский медицинский журнал.-2002.-т.10.-№22.-С.1003-1005.
2. Беленький А.Г., Насонов Е.Л. Дорсалгии при воспалительных заболеваниях позвоночника//Русский медицинский журнал.-2003.-т.11.-№7.-С.379-381.
3. Вознесенская Т.Г. Люмбаишиалгии// Consilium medicum.-2001.-т.3.-№5.-С.205-208.
4. Gunnae B.J., Anderson A. Epidemiology of low back pain/Acta Orthop. Scand.1998;69 (Suppl.281): 28-31.
5. Н.М.Шуба, В.В.Студнікова. Біль у нижній частині спини – актуальна проблема клінічної практики// Острые и неотложные состояния в практике врача.-2006.-№1(01).-С.42-46.
6. Річард А.Дейо. Біль у попереку// Світ науки.-2000.-№1(6).-С.47-52.
7. Фарид А.Хабиринов//Клиническая неврология позвоночника.-Казань.-2003.-469с.
8. Шостак Н.А., Аксенова А.В., Правдюк Н.Г. и др. Боли в спине при остеохондрозе позвоночника-перспективы лечения. //Новые перспективы лечения остеоартроза.-М.-2002.-С.14-18.
9. Walsh A. Low back pain in 8 areas of Britain.J.Epidemiol.Commim.Hlth.1992;46;227-230.
10. Kyritsky L Comprehensive therapy.-1997.-23(5).-P.332-336.

О. А. МАРУСЕНКО

ДИНАМІКА ІНТЕРЕСІВ ТА ЦІННОСТЕЙ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ: ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АРТТЕРАПІЇ

В статті розглянуто проблему цінностей та інтересів осіб раннього юнацького віку в умовах сучасного інформаційного простору та корекцію певних ціннісних позицій під впливом тренінгу з використанням елементів арттерапії.

В статье рассмотрена проблема ценностей и интересов лиц раннего юношеского возраста в условиях современного информационного пространства и коррекция определенных ценностных позиций под воздействием тренинга с использованием элементов арттерапии.

In the article the problem of values and interests of persons of early youth age in the conditions of modern informative environment and correction of the certain valued positions is considered under use of training with the use of elements of arttherapy.

Сьогодні вкрай важливою є проблема формування ціннісних орієнтацій підростаючого покоління, смаків, потреб, моральних настанов молоді, які дозволять не розгубитися підлітку чи молоді у складному, багатополлярному соціокультурному середовищі.

Це стає особливо актуальним в контексті орієнтування молоді в сучасному інформаційному просторі та обрання нею тих зразків наслідування, які здатні вплинути як на особистий та всебічний розвиток особистості також й на її поведінкові стереотипи.

На думку В. І. Кафарського, інформаційні технології мають істотний вплив на особистість людини тому, що розширюються можливості доступу до інформації, збільшується обсяг інформаційного масиву тощо, однак, разом з тим, людині загрожує втрата індивідуальності та культурної самобутності, знижується загальний рівень культури особистості, виникає її інформаційна дезорієнтація. Інформаційно забарвлений світогляд активно впливає на мораль і ціннісні ставлення особистості [1].

Заради ми є свідками масового розповсюдження зразків «антикультури» (фільми жахів, порнографія, «важкий рок»), що деформують ціннісну свідомість молоді та викликають викоління.