

The risk factors are: arterial hypertension, heart diseases, diabetes, disorder of fat metabolism, nicotinism, alcoholism. One of the numerous focal and global disorders of the function of brain is dysaesthesia. Stroke causes disruption to the processes of receiving and processing of all sensory stimulus. The most at risk of being lost is tactile sense and information from proprioceptors, but vision, hearing and sense of smell are also at risk. Loss or disorder of tactile sense affects sense of personal safety, hinders intake of food and articulation. The authors of the research paper studied differences in tactile sense in a paretic upper limb and a healthy upper limb in a group of women and a group of men after stroke. The research method consisted in measuring spatial touch sensibility on the pulps of fingers using aesthesiometer. The studies revealed statistically significant difference in superficial sensibility between healthy upper limb and paretic upper limb in the group of women. No statistically significant differences were found in other studied cases.

Key words: stroke, superficial dysaesthesia

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СКОЛІОТИЧНІЙ ХВОРОБИ

Марина КОВАЛЬ

*Харківська державна академія фізичної культури*

Про сколіоз (сколіотичну хворобу) люди знають давно. У медицині існує таке визначення цієї патології: сколіоз – захворювання опорно-рухового апарату, що характеризується викривленням хребта у фронтальній площині з торсією хребців (скручуванням їхніх у процесі росту), що веде до порушень функції органів грудної клітини, а також до косметичних дефектів.

Сучасні знання про сколіоз дозволяють відрізнити сколіоз від порушення постави. Порушення постави у фронтальній площині є нестійким бічним відхиленням хребта і зникає в положенні хворого лежачи на спині чи животі. Клінічної і рентгенологічної торсії хребців при порушенні постави немає.

Сколіотична хвороба є однієї з найбільш складних і актуальних проблем сучасної ортопедії і педіатрії. Їй присвячено цілий ряд фундаментальних досліджень вітчизняних авторів [3,5,7] . Питання етіології, патогенезу, лікування і профілактики сколіозу знаходяться постійно в центрі уваги і піддаються всебічному обговоренню на різних симпозиумах, наукових сесіях і конференціях. Така пильна увага до сколіозу порозумівається тим, що при прогресуванні даного захворювання виникають порушення в найважливіших системах організму, що призводять до зменшення тривалості життя, порушення працездатності й інвалідності.

При сколіотичній хворобі порушується не тільки функція та структура опорно-рухової та нервової системи, а більшою мірою спостерігаються зрушення з боку серцево-судинної, дихальної та інших систем організму. Однак, ці порушення найчастіше ведуть до інвалідності, зниженій працездатності і зменшеній опірності хворих дітей до інфекції і простудних факторів, причиною передчасних летальних випадків.

В останні роки досягнуто значних успіхів у вихованні правильної постави у дітей, розроблені різні методики формування і корекції порушень з використанням спеціальних коригуючих вправ, лікувального плавання, лікувального масажу і фізіотерапевтичних

процедур.

Підходи до призначення різних сполучень засобів фізичної реабілітації не однозначні. Одні автори [2,4,6] роблять основний акцент на лікувальну фізичну культуру (ЛФК) із застосуванням різних вправ, що коригують, у сполученні з масажем. Інші за основу беруть лікувальне плавання. Треті пропонують сполучення всіх цих впливів у комплексі з фізіотерапією, діототерапією, рефлексотерапією, психотерапією і т.д.

Особливо мало уваги приділяється акцентованому впливу засобами лікувальної фізкультури на функції внутрішніх органів і, зокрема, на дихальну і серцево-судинну системи дітей, що страждають початковими ступенями сколіотичної хвороби. Можливо, пояснюється тим, що ортопеди і фахівці з лікувальної фізкультури недооцінюють можливість і небезпеку виникнення симптомів дихальної і серцево-судинної недостатності при початкових ступенях деформації хребта. Помилкою було б також вважати, що значного поліпшення загального функціонального стану організму у дітей, хворих сколіозом I і II ступеня, можна домогтися тільки шляхом локального впливу фізичних вправ на викривлений хребет.

Позитивний досвід роботи кабінетів лікувальної фізкультури, спеціалізованих школах-інтернатів і літературні дані свідчать про необхідність одночасного впливу засобів лікувальної фізкультури на організм хворих дітей з охопленням всіх основних фізіологічних функцій. Успіху цього впливу, безсумнівно, буде досягнуто тільки при дотриманні на окремих заняттях і на послідовних етапах застосування лікувальної фізкультури, найважливіших методичних принципів консервативного лікування: єдності впливів і спеціальних впливів на організм хворої дитини, повторюваності, поступовості і систематичності лікувальних впливів, індивідуалізації лікування. Лікувальне плавання, забезпечуючи природне розвантаження хребта з одночасним розслабленням м'язів, є частиною всього лікувального комплексу.

З одного боку, комплекс лікування диктує необхідність бернгти паросткові зони міжхребців – звідси режим розвантаження хребта, обмеження бігу, стрибків, з іншого боку він припускає активне фізичне тренування дитини, створення м'язового корсету.

Лікувальну допомогу дитині повинні надавати не тільки лікарі, але і викладачі фізкультури в школі, тренери спортивних секцій, батьки. Участь їх у відновленні здоров'я дітей буде тим ефективніше, чим грамотніші вони будуть з питань розвитку сколіозу і його лікування.

Система прогнозування дозволяє вирішувати питання лікувальної тактики. Лікуванню в спеціалізованих школах-інтернатах підлягають діти з диспластичним сколіозом II-III ступеня, з незакінченим ростом, а також хворі зі сколіозом I ступеня з висхідності в них ряду перерахованих факторів прогресування. Цей контингент дітей має потребу в тривалому, комплексному лікуванні. У школах-інтернатах є умови для створення лікувального комплексу, і для навчання хворих дітей за програмами лікувальної школи. При цьому дитина їде додому в суботу після уроків і неділю проводить вдома. Деякі діти за своїм станом не витримують застосування всього арсеналу комплексного лікування.

Можливість прогнозування динаміки сколіозу забезпечує диференційований підхід до призначення індивідуального комплексу лікувальних засобів.

Першою складовою частиною профілактичного лікування сколіозу являється його виявлення і прогнозування перебігу, другою же – спеціалізована допомога на різних етапах еволюції сколіозу до закінчення росту кістяка. Основна мета профілактичного лікування – не допустити прогресування сколіозу й у міру можливості домогтися корекції

деформації. Основою комплексного лікування хворих являється режим розвантаження хребта. У залежності від ступеня сколіозу він полягає або в максимальному перебуванні хворої дитини в положенні лежачи (сон у гіпсовому ліжечку, а в короткий час ходьби він носить корсет), або в помірному обмеженні вертикального навантаження з виключенням стрибків і бігу (сон на твердій постелі). На фоні режиму розвантаження хребта здійснюються заходи для зміцнення м'язової системи, виховання правильної постави. Друга складова частина лікування сколіозу – створення “м'язового корсету” – здійснюється за допомогою лікувальної фізкультури і лікувального плавання.

В даний час велике місце в реабілітації хворих сколіозом займає консервативний метод лікування, під яким розуміється комплекс медичного, ортопедичного, педагогічного, психологічного і соціального порядку. Істотне значення в цьому комплексі грають ЛФК, лікувальне плавання, масаж, методи пасивної корекції, ортопедичні підтримуючі корсети (при сколіозі II ступеня), фізіотерапевтичні і процедури, що гартують, вітамінотерапія.

Лікувальне плавання є однією з важливих ланок комплексного лікування: при плаванні відбувається природне розвантаження хребта, зникає асиметрична робота міжхребцевих м'язів, відновлюються умови для нормального росту тіл хребців. Самовитягнення хребта під час ковзання доповнює розвантаження зон росту. Одночасно зміцнюються м'язи хребта і всього кістяка, удосконалюється координація рухів, виховується почуття правильної постави.

Іншими засобами консервативного лікування дітей з початковими ступенями сколіотичної хвороби є масаж і фізіопроцедури.

Масаж призначається періодично, значно поліпшує кровопостачання і трофіку м'язів, сприяє виведенню з них неліпоокислених продуктів обміну і поліпшенню їхнього функціонального стану. Механізм дії масажу на організм є складним фізіологічним процесом взаємодії нервово-рефлекторного, гуморального і механічного факторів. При сколіозі I ступеня масаж є сукупністю звичайних прийомів і їхніх варіантів. Під час сеансу масажу акцентується увага на зміцненні м'язів спини і живота, а також м'язів на стороні визначеної опуклості. При сколіозі II ступеня масаж носить специфічний диференційований характер. У залежності від стану м'язів з опуклої або увігнутої сторони використовується або розслаблюючий, або зміцнювальний масаж. М'язи на увігнутому боці сколіотичної дуги піддаються розтяганням і розслабленню, а на опуклому – зміцнювальним впливам. З увігнутої сторони скривлення застосовуються вібрація, розтягання і розминання, а на опуклому – тиск, погладження, розтирання і розминання. З методів пасивної корекції при сколіозі II ступеню використовуються лікування положенням, ортопедичні підтримуючі корсети, у дітей молодшого віку – реклінуючі і гіпсові ліжечка, що коригують, і інші.

З фізіопроцедур при лікуванні початкових ступенів сколіотичної хвороби застосовуються теплі вкатування, теплові ванни, ультрафіолетове опромінювання і електрофорез із хлористим кальцієм. Теплові процедури, як і масаж, поліпшують кровопостачання м'язів і забезпечують більш інтенсивне виведення з них, особистих продуктів обміну речовин.

## Література

1. Абальмасова Е.А., Лузина Е.В. Лечение врожденных и диспластических деформаций опорно-двигательного аппарата у детей и подростков. – Ташкент: Медицина, 1979.

2. Аздер М.В., Росляков Г.А. Режим и диспансерное наблюдение детей и подростков со сколиотической болезнью. – Рига: МЗ Латв. ССРС, 1989. – 20 с.
3. Алемасов Р.Ю., Умарходжаев Ф. Организация консервативного лечения сколиоза у детей // Проблемные вопросы травматологии и ортопедии. – Ташкент, 1992. – С. 14-16.
4. Беляя Н.А., Петров И.Б. Массаж лечебный и оздоровительный: Практическое пособие. – М.: Т. – Око, 1994.
5. Батовищенко А.В., Кобивніков В.С. До питання лікування сколіозу // 75 років України НДІТО: Тези доп. науково-практичної конференції. – Київ, 1994. – С. 352-354.
6. Голчарова М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. – Ленинград: Медицина, 1974. – С. 137-156.
7. Дьяченко Л.В. Состояние опорно-двигательного аппарата и лечебная физическая культура при паралитических сколиозах у детей. Автореф. канд. дисс. – Л., 1971.
8. Есеев С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура: Учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2000. – 240 с.
9. Казьмин А.И., Кон И.И., Беленький В.Е. Сколиоз. - М.: Медицина, 1981. – 270 с.
10. Подъяпольская А.А., Уварова А.Б. Опыт лечения и профилактика деформаций позвоночника у детей. – М.: ФиС, 1960.

---

## PHYSICAL REHABILITATION AT SCOLIOSIS

Marina KOVAL

*The Kharkov State Academy of Physical Culture*

In clause there is a speech about one of the most complex and urgent problems of a modern orthopedy and pediatry - scoliosis. The important place in the rehabilitation of the patients with scoliosis occupies a conservative method of treatment, which is understood as a complex of the medical, orthopedic, pedagogical, psychological and social problem. Physical training, medical swimming, massage, the methods of passive correction, orthopedic bolstering (at the second degree of scoliosis), physiotherapeutic procedure, vitamin therapy have the essential meaning in the complex treatment.

---

## ВИКОРИСТАННЯ АСАН ЙОГИ У СПОЛУЧЕННІ З ПОВНИМ ДИХАННЯМ ЙОГІВ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОЧАТКОВИМИ СТУПЕНЯМИ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Наталія МЕЛЬНИК

*Харківська державна академія фізичної культури*

Сколиотична хвороба вважається однією з найбільш складних та актуальних проблем сучасної ортопедії та педіатрії. Їй присвячений цілий ряд фундаментальних досліджень вітчизняних та закордонних авторів [6,8,9,10,11,12].