




МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ
ІМ. ІВАНА БОБЕРСЬКОГО
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

REHAB 



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОСНОВНИХ
СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЕКЦІЯ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У НЕОНАТОЛОГІЇ ТА ПЕДІАТРІЇ

з дисципліни


другого (магістерського) рівня вищої освіти

ступінь вищої освіти – Магістр

галузь знань – 22 Охорона здоров'я

спеціальність - 227 Фізична терапія, Ерготерапія


спеціалізація – 227.1 Фізична терапія та 227.2 Ерготерапія

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри фізичної терапії
та ерготерапії
„2 вересня 2019 р. протокол № 1
Зав.каф.  Коритко З.І.

Оновлена редакція з врахуванням рекомендацій партнерів REHAB

ЗАТВЕРДЖЕНО на засіданні каф. фізичної терапії та ерготерапії

Протокол від “ 18 ” листопада 2019 року № 7

Завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії  Коритко З.І.

Розроблено Ціж Л.М., ЛДУФК, в рамках проекту REHAB.

Дані матеріали є надбанням проекту REHAB.

©2019, фізична терапія. Усі права захищено.

При використанні матеріалів посилання на автора та першоджерело обов'язкове.

© 2019, ЛДУФК

«This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein».

План

1. Онкологічна патологія в дитячому віці: епідеміологія, найпоширеніші локалізації, характеристика.
2. Особливості фізичної терапії у дитячій хірургії.
3. Основні захворювання ендокринної, видільної та травної системи у дитячому віці.
4. Методи дослідження серцево-судинної системи у дітей. Вроджені вади серця.
5. Характеристика основних засобів фізичної терапії при захворюваннях серцево-судинної системи у дітей.
6. Семіотика уражень дихальної системи в дітей

1. Онкологічна патологія в дитячому віці: епідеміологія, найпоширеніші локалізації, характеристика

Загальна захворюваність злоякісними пухлинами у дітей відносно невелика і складає приблизно 1-2 випадки на 10000 дітей, тоді як у дорослих цей показник в десятки разів вище. Приблизно третину випадків злоякісних новоутворень у дітей складають лейкомія або лейкоз. Якщо у дорослі 90% пухлин було пов'язано з дією зовнішніх чинників, то для дітей дещо більше значення мають генетичні чинники.

Залежно від віку і типу виділяють три великі *групи пухлин*, що зустрічаються у дітей:

- Ембріональні пухлини.
- Ювенільні пухлини
- Пухлини дорослого типу

Ембріональні пухлини виникають унаслідок переродження або помилкового розвитку зародкових кліток, що веде до активного розмноження цих кліток, гістологічно схожих з тканинами ембріона або плоду:

- PNET (пухлини з нейроектодерми);
- гепатобластома;
- герміногенні пухлини;
- медуллобластома; нейробластома;
- нефробластома;
- рабдоміосаркома;
- ретинобластома.

Ювенільні пухлини виникають в дитячому і юнацькому віці внаслідок малігнізації зрілих тканин:

- Астроцитома;
- лімфогранулематоз (Хвороба Ходжкина);
- неходжкінські лімфоми;
- остеогенна саркома;

- синовіальноклітинна карцинома.

Пухлини дорослого типу у дітей зустрічаються рідко:

- гепатоцелюлярна карцинома,
- назофаренгіальна карцинома,
- світлоклітинний рак шкіри,
- шванома і деякі інші.

Лейкемія або лейкоз - група пухлин, яка характеризується безконтрольною проліферацією і різним ступенем диференціювання кровотворних клітин. Лейкемічні клітини при цьому є нащадками, клонами однієї клітини, що мутувала.

Причиною лейкемії, як правило, є тобто зміни в структурі хромосом в результаті різних процесів перебудови їх структури: транслокації, делетації, інверсії, фрагментації.

Класифікації лейкемії:

- гострі (ОЛ)
- хронічні (ХЛ).

Такий розподіл пов'язаний з різною здатністю даних пухлин до диференціювання проліферуючих клітин.

У випадку гострого лейкозу диференціювання практично відсутнє, в крові нагромаджується величезна кількість незрілих, нефункціональних бластних клітин, що призводить до пригніблення нормального кровотворення. Вказані ознаки виявляються в крові більш ніж в 80% випадків.

Хронічний лейкоз (лейкемія) дає популяцію диференційованих клітин, звичайно гранулоцитарних, які поступово заміщають нормальні клітини периферичної крові..

Діагноз лейкемії ставиться по сукупності досліджень крові, і кісткового мозку. При діагностиці вирішальне значення має не клінічна картина, а цитогенетика, морфологія і імунологія бластів, що виявляються. Від що виявляються при цьому параметрів залежатиме не тільки постановка остаточного діагнозу, але також прогноз, лікування і результат захворювання.

Прогноз при лейкемії в цілому більш сприятливий в дитячому віці (1-9 років), а також залежить від виду патології, виду клітин і термінів виявлення захворювання.

Основу лікування лейкозу складає хіміотерапія. Лікування сьогодні протокольне, а тому кожний вид патології і окремі його особливості мають значення для вибору протоколу лікування.

Гостра лейкемія (лейкоз)

Гостра лейкемія або гострий лейкоз – це злоякісна клонова пухлина кровотворної тканини, що розвивається з клітини-попередниці гемопоезу.

Гострий лейкоз посідає провідне місце в структурі дитячої онкологічної патології – близько третини всіх випадків пухлин дитячого віку.

Розрізняють дві основні групи *гострого лейкозу*:

- Гострий лімфобластний лейкоз або гостра лімфобластна лейкемія (ОЛЛ)
- Гострий нелімфобластний лейкоз або гострий мієлолейкоз

Методи лікування дитячої онкології схожі з методами лікування дорослих пацієнтів і включають хірургію, променеву терапію і хіміотерапію. Але лікування дітей мають свої особливості:

- на першому місці у них стоїть хіміотерапія, яка завдяки протокольному методу лікування захворювань і постійному його удосконаленню у всіх економічно розвинутих країнах стає максимально щадною і максимально ефективною.
- Променева терапія у дітей повинна мати строге обґрунтування, оскільки може мати наслідки для нормального зростання і розвитку опромінюваних органів.
- Хірургічне лікування сьогодні звичайно доповнює хіміотерапію і лише при нейроblastомах передує їй.
- Достатньо широко використовуються нові малотравматичні хірургічні методики (емболізація судин пухлини, ізольована перфузія судин і ін.), а також деякі інші методи: кріотерапія, гіпертермія, лазеротерапія. Окремий вид втручань – трансплантація стовбурних кліток, що має свій перелік умов, свідчень і протипоказань, а також гемокомпонентна терапія.

Після основного курсу лікування пацієнти потребують *реабілітації*, а також подальшому спостереженню, призначенню підтримуючої терапії і виконанню лікарських рекомендацій, що в сукупності дозволяє добитися успіху при лікуванні в більшості випадків.

Сучасні методи лікування різко знизили смертність дітей з онкологічними захворюваннями. Але паралельно з успіхами онкопедіатрії, збільшується кількість проблем, пов'язаних з пізніми ускладненнями після лікування що виявляються у вигляді порушення основних функцій організму дитини: кровообігу, дихання, травлення, виділення, обміну речовин, внутрішньої секреції, психічних і сенсорних функцій, імунітету і т.д.

Багаторазові госпіталізації, тривале амбулаторне лікування заважають набуванню соціального досвіду дитини, не дають можливості вчитися. Згодом у багато кого з'являються труднощі в професійній орієнтації. Це призводить до серйозної соціальної дезадаптації, що погіршує соціальну і психологічну ситуацію в сім'ї.

2. Реабілітація - це комплекс медичних, педагогічних, соціальних, економічних, юридичних дій і заходів, мета яких максимально повне відновлення фізичного і психічного здоров'я дитини-інваліда і повноцінна інтеграція його в суспільство.

Фізична терапія дітей-інвалідів з онкологічними захворюваннями повинна проводитися на всіх етапах надання їм спеціалізованої допомоги: починаючи з моментом встановлення діагнозу і до закінчення диспансерного спостереження.

Програма комплексної реабілітації будується з урахуванням *основних проблем*, що виявляються у дітей з онкологічними захворюваннями в процесі і після закінчення лікування:

- ускладнення хіміо- і променевої терапії і супутні захворювання.
- серйозних психологічних порушень. Психологічний стан характеризується численними страхами, високим рівнем тривожності, відчуттям вини, підвищеною агресією. У них порушена здібність до спілкування з однолітками, має місце певна педагогічна занедбаність. 10 відсотків дітей відстають у вивченні шкільних програм, але і серед тих, хто формально не відстав в навчанні, виявляється дефіцит знань, умінь і навиків.
- специфічне відношення батьків до дитини. Воно було пов'язано з побоюваннями за його здоров'я. Батьки пред'являють щадячі, а насправді інфантилізуючі вимоги до дитини. При цьому всі їх зусилля зосереджуються на збереженні здоров'я дитини в шкоду розвитку особистості.

Особливості дітей після закінчення лікування в порівнянні із здоровими однолітками:

- показники загальної фізичної підготовленості, тобто вони гірше стрибають, бігають, менш спритні.
- У цих дітей гірші пристосувальні можливості серцево-судинної і дихальної систем в умовах підвищеного фізичного навантаження.
- Практично у 100 відсотків дітей діагностуються різні порушення постави включаючи сколіози; у 50 відсотків - в поєднанні з плоскостопістю.
- у частини дітей, що одержували опромінювання головного мозку, порушена координація рухів. Всі ці фізичні порушення - наслідок тривалого важкого лікування, що обмежувало рухову активність дитини.

Після закінчення лікування невиправдано розширювати протипокази до занять фізичною культурою і спортом. Крім того, у більшості батьків формується особливий психологічний стереотип, через який вони свідомо оберігають своїх дітей від занять фізкультурою і спортом, гадаючи, що таким чином зводять до мінімуму можливість травм і інших негативних наслідків дитячої активності. Це негативно впливає не тільки на фізичний стан дітей, що перенесли онкологічні захворювання, але і на їх психічний розвиток, здібність до спілкування, що, зрештою, призводить до серйозної соціальної дезадаптації.

Реалізація заходів фізичної реабілітації підвищує якість життя дітей, що перенесли онкологічні захворювання, покращує їх соціальну адаптацію і полегшує формування цих дітей як нормальних членів суспільства.

Особливості фізичної терапії у дитячій хірургії

Хірургічне лікування дітей молодшого віку – справа особливої складності, що вимагає спеціальних знань і майстерності. Для дітей необхідні істотно інші, ніж для дорослих, умови проведення операцій і типи оперативного втручання. Дітям загрожують інші ускладнення, і їм потрібен інший післяопераційний догляд. Значні успіхи дитячої хірургії останнім часом зробили реальним оперативне лікування багатьох вроджених вад, раніше що призводили до смерті або глибокої інвалідності. Приклади тому – хірургічне усунення вад серця, непрохідності кишківника і сечовивідних шляхів, а також розщеплювання верхньої губи і піднебіння.

Процесі лікування та фізичної реабілітації при хірургічних втручаннях поділяється на передопераційний та післяопераційний періоди. Останній у свою чергу поділяється на ранній післяопераційний, пізній післяопераційний, віддалений післяопераційний.

Основними засобами фізичної реабілітації на всіх етапах лікувально-відновного процесу хірургічних пацієнтів є фізичні вправи (пасивні, пасивні з допомогою, активні), дихальна гімнастика, масаж.

3. Основні захворювання ендокринної, видільної та травної системи у дитячому віці.

Всі хвороби органів травлення діляться на дві групи: **органічні та функціональні**. Функціональні хвороби характеризуються послабленням або спотворенням секретарної функції залоз травлення; порушенням моторної функції; погіршенні процесу всмоктування. До органічних захворювань відносять запалення оболонок системи травлення (гастрит, виразка, коліт), печінки та жовчовивідних шляхів (цироз, гепатит, холецистит).

Цукровий діабет – ендокринно-обмінне захворювання. Найчастіше розвиток хвороби зумовлюють спадковість, гострі дитячі інфекції, психічні та фізичні травми, порушення харчування. Це спадкове захворювання, найчастіше розвивається у дітей 5-8 та 11-13 років.

До факторів ризику відносяться спадкова схильність, патологія вагітності, гіпертонічна хвороба, ожиріння, атеросклероз матері, емоційні стреси та інше.

За клінічним перебігом: а) переддіабет; б) скритий діабет; в) явний діабет. За ступенем важкості: 1 ступінь – легкий, 2 ступінь – середньо важкий, 3 ступінь – важкий. За фазою захворювання: компенсація, декомпенсація, прекоматозний стан.

У дітей розвивається раптово. За короткий час з'являються всі симптоми: спрага, підвищений апетит, сечопуск, схуднення, сухість та свербіж шкіри, гіперглікемія, глюкозурія, порушення сну та працездатності.

В лікуванні найважливішим є правильне харчування, інсулінотерапія, дотримання гігієнічного режиму. Співвідношення Б – 60%, Ж – 24%, В – 16%.

Завдання реабілітації: стимуляція кишкового метаболізму, зниження маси тіла, профілактика атеросклерозу.

Найбільший ефект здійснюють навантаження, які не викликають втоми. Використовують ранкову гімнастику, ЛГ, прогулянки, спортивні ігри.

Гіпотиреоз – захворювання, що спричиняються зниженою продукцією тиреоїдних гормонів щитоподібної залози і недостатнім вмістом їх у крові. Природжений виникає в результаті внутрішньоутробної вади розвитку щитоподібної залози, дегенеративних змін від інфекційно-запальних і аутосомних процесів. Набутий може розвинути після хірургічного видалення значної частини щитоподібної залози. Симптоми: набрякле обличчя, збільшений язик, непропорційно велика голова, суха шкіра, бліда, дихання затруднене. Хворі відстають у рості, розвитку.

Порушення живлення називаються диспепсіями і часто зустрічаються у дітей раннього віку та характеризуються блюванням, проносом без значного порушення загального стану дитини.

Хвороби органів травлення та розлади живлення займають по частоті одне з перших місць серед усіх захворювань дітей раннього віку. До функціональних порушень травної системи відносять спланхоптоз та дискінезію жовчовивідних шляхів.

Спланхоптоз - характеризується опущенням органів черевної порожнини та порушенням функцій органів травлення (зниження тонуусу і перистальтики шлунку і кишечника). Найбільш часто зустрічається опущення шлунку.

Причинами спланхоптозу є: а) вроджена нервово-м'язова астенія, б) слабкість м'язів живота, в) малорухомий спосіб життя, г) де-які порушення постави (кругла та плоска спина), д) значне схуднення. Найчастіше спланхоптоз зустрічається у: а) фізично-слабких людей, б) астенічної конституції і в) високого зросту. Фізична культура при цьому захворюванні є ведучим методом лікування. Лікувальна фізкультура спрямована на: а) укріплення всіх м'язових груп, а особливо м'язів живота та тазового дна.

Особливо корисними є заняття плаванням. Необхідно приділити увагу корегуючим вправам для формування правильної постави. Всі вправи виконуються в середньому темпі без ривків та різких рухів: а) спочатку використовують вправи у положенні лежачи на спині на похилій площині, ноги припідняті; б) потім у вихідному положенні сидячи і стоячи; в) потім корегуючі вправи на поставу.

Особливо є ефективними вправи з вираженими м'язовими зусиллями (гантелями 2-3 кг). Де-які вправи рекомендується виконувати з вихідного положення лежачи на животі. При цьому підбираються вправи в яких в процесі виконання органи черевної порожнини рухаються до діафрагми, а не навпаки (піднімання ніг, тазу, стійка на лопатках).

Протипоказаннями є: а) нахили вперед, б) стрибки, в) переходи з положення лежачи в положення сидячи і всі вправи, г) пов'язані зі струсом тіла.

Дискінезія жовчовивідних шляхів - характеризується порушенням функції скорочення жовчного міхура. Існує дві форми дискінезії жовчних шляхів – гіпокінетична та гіперкінетична. ЛФК показана при двох формах захворювання як в період ремісії так і при мінімальних суб'єктивних проявах захворювання. Завданнями ЛФК є:

- 1) Покращення функціонування центральних та периферійних нервових механізмів регуляції функцій жовчного міхура;
- 2) Покращення кровообігу в черевній порожнині;
- 3) Покращення функціонування кишечника (боротьба з запорами);
- 4) Створення умов для відтоку жовчі (при гіпокінетичній формі).

При гіпокінетичній формі захворювання показані різноманітні вправи - лежачи на спині, на боку, стоячи, сидячи, на колінах, на четвереньках тощо. Для кращого опорожнення жовчного міхура виконують вправи лежачи на лівому боці; для м'язів живота - лежачи на спині; дихальні вправи - з уповільненням дихальних рухів на вдиху і видиху. Нахили та оберти тулубом, що збільшують внутрішньочеревний тиск і відтік жовчі використовуються обережно, так як вони можуть викликати неприємні відчуття. Показані вправи на розслаблення. Лише правильне чергування зусилля і розслаблення забезпечить успіх процедур. Показані рухливі ігри середньої інтенсивності.

При гіпокінетичній формі використовуються вправи у різних вихідних положеннях з перевагою лежачи на спині - найбільш ефективного для м'язового розслаблення. Показані ЗРВ, що сприяють відтоку крові від печінки, в тому числі дихальні статичні і динамічні вправи на правому боці. Вправи для укріплення м'язів живота (для кращого функціонування кишечника) чергуються з вправами на розслаблення. Протипоказані статичні напруження, особливо для м'язів живота та елементи змагання.

До органічних захворювань органів травлення належать гастрит, виразка, коліт, ентерит тощо.

Гастрит - характеризується запаленням і дистрофічними змінами слизової оболонки шлунку з порушенням його функції. Розрізняють гастрити з секреторною недостатністю (гіпоцидний), з підвищеною та нормальною секрецією (гіперацидний та нормоцидний).

При хронічному гастриті підбираються фізичні вправи для а) ліквідації запального процесу покращення крово- та лімфообігу в органах черевної порожнини, що сприяє процесам регенерації в слизовій оболонці шлунку; б) нормалізації секреторної та моторної функцій шлунку.

Використовуються вправи для всіх м'язових груп ходьба і біг в повільному темпі, ЗРВ з предметами та без них. Особливої уваги заслуговують вправи для укріплення м'язів тулуба, живота, діафрагми (діафрагмальне дихання).

При гастритах підвищеною секрецією обмежуються вправи для м'язів живота.

При гіпоацидному гастриті показана помірна дія фізичного навантаження на весь організм. Застосовують ЗРВ у повільному темпі, з обмеженою амплітудою і малою кількістю повторів; дихальні вправи; повільну ходьбу (30хв.), вправи для м'язів живота.

До органічних захворювань печінки та жовчного міхура і жовчовивідних шляхів належать: гепатит, холецистит, холангіт.

Гепатит - інфекційне запалення печінки, яке де-коли може перейти у хронічне. Заняття фізичною культурою дозволяються через 3-5 міс. після

одужання. Використовувати можна всі вправи, передбачені програмою для СМГ, але з обмеженим об'ємом і особливо інтенсивністю фізичних навантажень. Фізичні навантаження необхідно збільшувати поступово, не викликаючи неприємних відчуттів та болі в правому підребер'ї.

Холецистит - запалення жовчного міхура, внаслідок попадання інфекції в жовчний міхур. До лікувальної фізичної культури можна приступати через 1-2 тижні після одужання. На початку занять фізичними вправами необхідно уникати нахилів, поворотів з великою амплітудою, різких рухів, натужування, стрибків. Поступово збільшуючи фізичне навантаження, дозволяється виконувати всі вправи, передбачені програмою для СМГ. Спеціальними вважаються вправи в положенні лежачи на лівому боці, на спині, животі, нахили, повороти, колові оберти тулубом. Вони сприяють відтоку жовчі та активізують кровообіг в черевній порожнині.

4. Методи дослідження серцево-судинної системи у дітей. Вроджені вади серця.

ССС дитини у процесі росту та розвитку зазнає значних змін.

Серце у новонародженої дитини відносно велике, важить 20-25 г, що складає 0,8 % по відношенню до загальної маси тіла. Найбільш енергійно серце росте в перші 2 роки життя. До 8 міс. Маса серця подвоюється, до 3-х років потроюється, до 15 р. збільшується у 10 разів. Після 6 р. серце набуває форми дорослого – подовженого овалу.

Артерії у дітей відносно широкі. Відношення просвіту артерій до просвіту вен у дітей становить 1:1, у дорослих 1:2. Розвиток судин завершується до 12 років.

Пульс у дітей частіший, ніж у дорослих. Пульс легко прискорюється у дитини під час зміни положення тіла, фізичного навантаження, крику, плачу.

Частота серцевих скорочень у дітей в залежності від віку

Вік дитини	Час за 1 хв.	Вік дитини	Час за 1 хв.
0-1 міс	120-140	4-5 років	98-100
1-6 міс	130-135	5-6 років	90-95
6-12 міс	120-125	6-7 років	85-90
1-2 роки	110-115	7-11 років	80-85
2-3 роки	105-110	12-13 років	75-80
3-4 роки	100-105	13-15 років	70-75

Особливо інтенсивно артеріальний тиск збільшується до 2-х років життя, в дошкільному та молодшшкільному віці темпи зменшуються і знову збільшуються в період статевого дозрівання. У дітей з підозрою на вроджені вади серця АТ вимірюється на руках та ногах.

Вроджені вади серця.

Вроджені вади серця у дітей складають 1-2 % всіх органічних захворювань серця. Протягом першого року життя гине 54,4 % цих хворих, до 5 років – 84,4 % і тільки 20 % дітей з ВВС доживають до більш старшого віку.

Етіопатогенез. Універсальної причини не існує. Вирішальним є не причина, а період вагітності, в якому вона виявляє свою дію. Найбільша небезпека протягом перших 3-х місяців вагітності. Велике значення мають вірусні захворювання перенесені в цей час.

Серцево-судинний комплекс включає наступну симптоматику:

- зміна кольору шкіри та слизових оболонок;
- вимушене положення та незвичайні пози дитини;
- напади задишки;
- розширення меж серця;
- патологічні зміни, які виявлені при рентгенологічному, електрокардіологічному та фонокардіологічному обстеженні.

Характерним для вад серця є наявність органічних шумів. Всі вроджені вади серця поділяються на 4 групи залежно від стану кровотоку.

I група – вади серця зі збільшеним легневим кровотоком (дефект міжпередсердної перетинки, дефект міжшлуночкової перетинки, відкрита артеріальна (Боталова) протока);

II група – вади серця зі зменшеним легневим кровотоком (ізольований стеноз легеневої артерії, тріада, тетрада, пентада Фалло);

III група – вади серця зі зміненим кровотоком у великому колі кровообігу (стеноз устя аорти);

IV група – інші вади серця (декстракардія, гіпоплазія лівого шлуночка та ін.).

Три перші групи складають 85-95 % всієї вродженої патології серця.

Лікування вроджених вад серця полягає у хірургічній корекції. Оперативне лікування проводять у ранньому віці та у новонароджених. Результат операції вважають хорошим, коли динаміка основних клінічних показників свідчить про нормалізацію кровообігу; задовільним – коли корекція вади призвела до стійкого покращення, але клінічні дані вказують на помірні залишкові порушення геодинаміки; незадовільним – коли операція неефективна або стан хворого погіршився порівняно з передопераційним.

5. Характеристика основних засобів фізичної терапії при захворюваннях серцево-судинної системи у дітей.

Реабілітація. У дітей без помітних порушень геодинаміки в період адаптації (1-й рік життя) важливе значення має режим дня: відповідно до віку достатній, нічний та денний, не потрібно обмежувати фізичну активність, але програма фізичного виховання повинна бути адаптована до реальних можливостей дитини.

Дієтотерапія відповідає всім вимогам правильного розвитку дитини на першому році життя.

Особливе значення надається дбайливому нагляду за дитиною, проведенню загальнооздоровчих та загартовуючих процедур. Важливе значення має фітотерапія.

В період компенсації (2-й та наступні роки життя) важлива зачення має загартовування організму дитини (повітряні ванни, вологі обтирання, обмивання ніг та всього тіла, ходіння босоніж). Показана ЛФК та масаж.



У дітей з вираженими порушеннями геодинаміки реабілітація включає строге дотримання режиму. Показані стимулюючі препарати, легкий масаж, загартовуючі процедури, уникають довготривалого перебування на сонці, обмежують фізичне навантаження.

У дітей з різко вираженими порушеннями гемодинаміки необхідно забезпечити ретельний догляд та аеротерапію. Масаж, ЛФК та загартування протипоказані.

6. Семіотика уражень дихальної системи в дітей

Гострий бронхіт – це запалення слизової оболонки бронхів будь-якого калібру. Залежно від локалізації запального процесу та клінічних ознак гострий бронхіт поділяють на три види:

- 1. Простий бронхіт – запальний процес у всіх бронхах обох легень. Проявляється сухим кашлем, який через 2-3 дні стає вологим, незначним тахіпноем, жорстким диханням, дзиччачими сухими хрипами.
- 2. Обструктивний бронхіт – запальний процес, який супроводжується синдромом бронхоспазму, надмірною секрецією слизу, запальною інфільтрацією, набряком слизової оболонки. Проявляється сухим болючим кашлем, експіраторною задишкою, жорстким диханням, подовженим видихом, сухими свистячими хрипами, коробковим звуком над ділянкою легень під час перкусії, можливим розвитком дихальної недостатності.
- 3. Гострий бронхіоліт – запальний процес у бронхіолах обох легень. Проявляється сухим, потім вологим кашлем, експіраторною задишкою, наявністю подовженого видиху, жорсткого дихання, значної кількості дрібнопухирчастих вологих хрипів з обох боків, перкуторно коробковим звуком, тяжкою дихальною недостатністю.

Гостра пневмонія – це гострий, частіше односторонній, запальний процес легеневої тканини вірусно-бактеріальної етіології. Проявляється вираженими симптомами інтоксикації, кашлем, задишкою, блідістю шкіри, періоральним ціанозом. Дані фізикального дослідження: вкорочення перкуторного звуку над зоною ураження, ослаблене дихання, сухі та різнокаліберні вологі хрипи. Патогномонічним симптомом пневмонії є крепітація в певній ділянці. При рентгенологічному дослідженні визначається інфільтрація у вигляді вогнищевих тіней з нечіткими контурами.

Плеврит – це запальний процес у плеврі. Розрізняють плеврити сухі (фібринозні) та ексудативні, що супроводжуються утворенням та накопиченням у плевральній порожнині випоту (серозний, серозно-фібринозний, гнійний, геморагічний). За локалізацією розрізняють: костельний, діафрагмальний, парамедіастинальний, міжчастковий плеврити.

Для сухого плевриту характерні такі клінічні прояви: сухий болючий кашель; біль у грудній клітці з боку запалення, що посилюється при нахилі в здоровий бік та глибокій пальпації; типова аускультативна картина: ослаблене дихання та шум тертя плеври на ураженому боці.

Клінічні прояви ексудативного плевриту характеризуються наявністю сухого болючого кашлю, різко виражених симптомів інтоксикації, асиметрії

грудної клітки (відставання ураженого боку в акті дихання, розширення та вибухання міжребрових проміжків на ураженому боці, збільшення підшкірної жирової складки в місці ураження). Визначається біль підчас глибокої пальпації, перкуторно – лінія Елліна-Дамуазо-Соколова, аускультативно – шум тертя плеври на початку появи випоту та при його розсмоктуванні. При рентгенологічному дослідженні виявляють нечіткість синусів та їх деформацію, зниження прозорості легеневого поля, збільшення міжребрових проміжків.

Рекомендована література:

Основна:

1. Антоник В. І. Анатомія, фізіологія дітей з основами гігієни та фізичної культури / В. І. Антоник, І. П. Антоник, В. Є. Андріанов. – Київ: Професіонал, центр навчальної літератури, 2019. – 336 с.
2. Костенко І.Ф. Обстеження та оцінювання стану здоров'я людини: підручник / І.Ф.Костенко. – К. : Медицина, 2014. – 278с. :
3. Педіатрія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів IV рівня акред. / За ред. проф.. О.В. Тяжкої. – Вид. 5-те випр. та допов. – Вінниця: Нова книга, 2018. – 1152 с.
4. Kuliński W. Fizjoterapia w pediatrii / W. Kuliński, K. Zeman, T.Orlik - Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012. – 396 s.
5. Campbells Physical Therapy for Children Expert Consult 5th revised Edition, by Robert J. Palisano, Margo Orlin, Joseph Schreiber, 2016. - 1104 p.
6. Pediatric Rehabilitation, 5th revised Edition: Principles and Practice by Michael A. Alexander, Dennis J. Matthews, 2015. – 636 p.

Допоміжна:

1. Белянская Л. Б. Здоровое и правильное питание для вашего малыша от 0 до 5 /Л. Б. Белянская. – Донецк : ПКФ «БАО», 2010. – 352 с.
2. Дмитрів Д. Остеохондропатії: погляд фізіотерапевта [Електронний ресурс] / Д. Дмитрів, Л. Ціж // Фармацевт практик. – 2018. № 11(174). – С.24 – 26. – Режим доступу до ресурсу: <http://fp.com.ua/magazine/farmatsevt-praktyk-11-2018/>. –
3. Катерина Тимрук-Скоропад, Оксана Дуб, Любов Ціж, Наталія Рудакова. Фізична активність у реабілітації осіб із хронічним обструктивним захворюванням легень / Physical education, sports and health culture in modern society, 2019; 3(47): 63-71. <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2019-03-63-71>
4. Панаев М.С. Основы массажа и реабилитации в детской педиатрии / М.С. Панаев – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 320 с.
5. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / Укл.: А. Луговський, М. Сварник, О. Падалка. — Львів: Колесо, 2008. — 144 с.

REHAB



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

This project has been funded with support from the European Commission. This publication (communication) reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

6. Слободян Л.М., Диагностика захворювань та реабілітація дітей / Л.М. Слободян, В.Ф. Лобода, Н.Б. Процайло – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 614 с.
7. Physical therapy in chronic obstructive pulmonary disease (analysis of the evidence-based medicine) / К. Tymruk-Skoropad, L. Tsizh, B. Vynogradskyi, I. Pavlova. // Physiotherapy Quarterly (formerly Fizjoterapia). – 2018. – №26. – С. 1–8.
8. Szmigiel C. Podstawy diagnostyki i rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej - tom I i II / C. Szmigiel - AWF Kraków, 2010. - 589 s.

Інформаційні ресурси інтернет:

1. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья детей и подростков [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа до ресурсу: <http://www.who.int/publications/list/2016/icd-children/ru/>.
2. <http://formula-rukhu.com.ua/napriamky-diialnosti/reabilitatsiia-v-pediatrici/>