

Особливості проведення лікувального масажу за вродженої клишоногості*Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука (м. Рівне)*

Постановка наукової проблеми. Клишоногість належить до тих вад розвитку, які видно відразу після народження дитини. Ця проблема дуже давня. Ще Гіппократ описував лікування вказаної хвороби за допомогою накладення пов'язок. Причини розвитку клишоногості досі залишаються недостатньо вивченими, у зв'язку з чим виникають проблеми у виборі правильного методу лікування та утримання отриманої корекції стоп [1; 4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування вродженої клишоногості проводиться по-різному в різних країнах, містах і навіть лікарнях одного великого міста. До сьогодні у світі не вироблено єдиного підходу до лікування вродженої клишоногості й не сформовано єдиної системи оцінки результатів лікування. Основними методами лікування вродженої клишоногості в Україні залишаються консервативний та оперативний. Оперативний застосовують у разі неефективності консервативних заходів й у випадку складних деформацій стоп. За досягнення повної корекції стопи лікування ще не можна зупиняти, оскільки хвороба часто рецидивує, тому потрібно постійно вживати профілактичні заходи. Один із методів реабілітації за вродженої клишоногості – лікувальний масаж [2; 5; 6].

Завдання дослідження – проаналізувати особливості методики проведення лікувального масажу за вродженої клишоногості.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Ми застосовували загальноприйняті методи обстеження, тестування та зовнішній огляд, вимірювали амплітуду активного руху в гомілково-ступневому суглобі [3].

У процесі дослідження задіявали 18 дітей із вродженою клишоногістю, яких розподілили на контрольну (n=9) й основну (n=9) групи. Хворим основної групи постійно проводили лікувальний масаж, спрямований на утримання досягнутої корекції стопи, діти контрольної групи проходили курс масажу два рази на рік по десять процедур. Масажист та реабілітолог також навчали батьків дітей основної групи самостійно проводити масаж дитині вдома.

Одночасно з лікувальним масажем виконували пасивні рухи. Усі діти основної групи два рази на тиждень займалися фізичною реабілітацією. Щоб простежити вплив масажу й фізичної реабілітації, на початку та наприкінці дослідження дітей обох груп протестовано на виконання стрибків у довжину з місця й у висоту.

Особливості проведення лікувального масажу за вродженої клишоногості: для розслаблення внутрішньої та задньої груп м'язів гомілки, у яких відзначається підвищений тонус, ми застосовували погладжування, потрушування м'язів, розтягання з вібрацією; для зміцнення розтягнутих і ослаблених передніх та зовнішніх груп м'язів гомілки використовували більш енергійні прийоми: розтирання й розминання, можливо, легке постукування пальцями.

Лікувальний масаж нижніх кінцівок проводили разом із загальнотонізуючим масажем усього тіла. Особливу увагу приділяли масажу попереку, сідничної ділянки та ніг.

Масаж задньої поверхні ніг. Спочатку проводиться погладжування по всій довжині ноги, потім по черзі масажують стегно, гомілку, Ахіллове сухожилля, підошву.

Масаж стегна. Погладжування – знизу нагору від підколінної ямки по задній-зовнішній поверхні до підсідничної складки. Розтирання – енергійне. Розминання – у сполученні з потрушуванням для кращого розслаблення м'язів.

Масаж гомілки. На задній поверхні гомілки проводять диференційований масаж, тому що стан литкового м'яза неоднорідний. Після загального погладжування від п'яти до підколінної ямки проводять різний вплив на литковий м'яз. По внутрішній поверхні виконують легке розтирання подушечками пальців, широко використовують розслаблюючі прийоми: вібраційне погладжування, потрушу-

вання, м'яке та глибоке розминання, розтягання в сполученні з вібрацією: по зовнішній – тонізуючий масаж, інтенсивне розтирання, у т. ч. пересікання, енергійне розминання, легкі ударні прийоми.

Масаж Ахіллового сухожилля. Ахіллове сухожилля вкорочене, тому ми широко використовуємо щипцеподібне погладжування, розтягання з вібрацією.

Масаж підошви стопи. Положення стопи під час масажу – легка пронація (підйом зовнішнього краю). Масажуючи, необхідно розтягувати внутрішній край стопи й тонізувати зовнішній.

Масаж передньої поверхні ніг – погладжування по всій довжині ноги, потім по черзі: тильна поверхня стопи, гомілковостопний суглоб, гомілка, колінний суглоб, стегно.

Масаж тильної поверхні стопи. Проводиться в положенні, що коригує: стопа під кутом 90° до гомілки й із нормальним положенням переднього відділу. Проводиться тонізуючий вплив, особливо по зовнішньому краю стопи. Застосовують енергійні прийоми розтирання, розминання, ударні прийоми.

Масаж гомілковостопного суглоба – інтенсивне розтирання в ділянці суглоба, кругове розтирання щиколоток, тонізуюче точкове натиснення навколо зовнішньої щиколотки. Стопу необхідно втримувати в положенні легкої пронації.

Масаж передньої поверхні гомілки – тонізуючий, тобто слід застосовувати енергійне розтирання, розминання за типом ритмічного струшування, тонізуюче натиснення й легкі ударні прийоми.

Масаж передньої поверхні стегна. Масажують досить енергійно, використовуючи всі основні прийоми.

На рис. 1 подано результати виконання стрибка в довжину з місця дітьми обох груп на початку дослідження.

Віковий норматив здійснення стрибка з місця – 75–85 см. Як бачимо з рис. 1, жодна дитина обох груп не виконала його. Діти стрибнули в межах від 28 до 52 см.

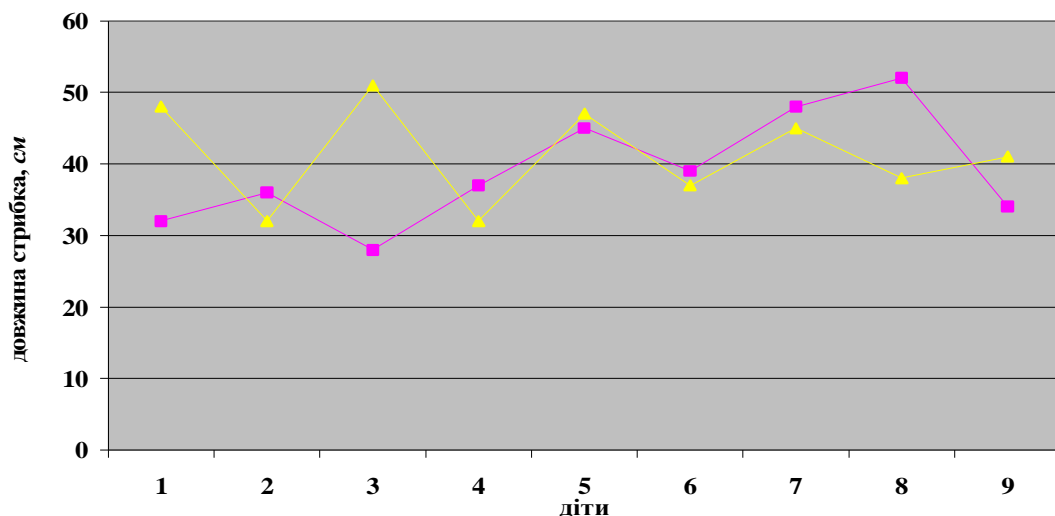


Рис. 1. Результати виконання стрибка в довжину з місця дітьми обох груп на початку дослідження

На рис. 2 подано результати виконання стрибка вгору дітьми обох груп на початку дослідження.

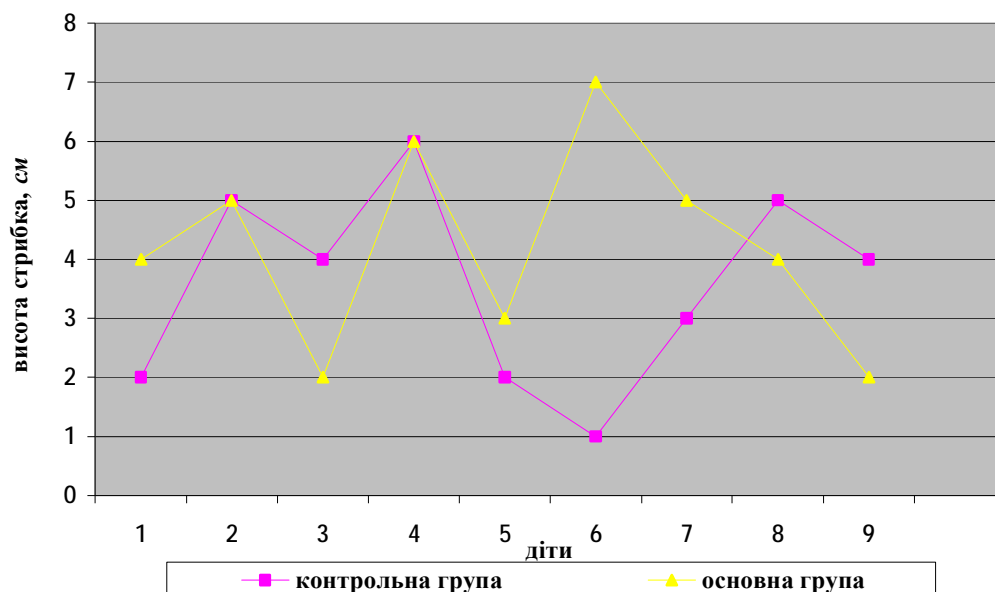


Рис. 2. Результати виконання стрибка вгору дітьми обох груп на початку дослідження

Норматив стрибка вгору для дітей – це діставати в процесі виконання предмет, підвішений на 10–12 см вище піднятих угору рук дитини. Обґрунтовуючи дані рис. 2, ми бачимо, що діти обох груп підстрибнули на 1–7 см, що нижче норми.

Причини незадовільного виконання стрибкових вправ за клишоногості: погано розвинені м'язи нижніх кінцівок; недостатня амплітуда руху в гомілково-ступневому суглобі; невміння виконувати активний рух із достатньою амплітудою в гомілково-ступневому суглобі.

На рис. 3 подано результати виконання стрибка в довжину з місця дітьми обох груп наприкінці дослідження. Аналізуючи рис. 3, бачимо, що діти основної групи виконали стрибкові вправи наприкінці дослідження значно краще, ніж діти контрольної групи. П'ятеро (55,55 %) дітей основної групи здійснили стрибок у межах норми; четверо (44,45 %) дітей основної групи наблизилися до норми. У дітей контрольної групи показник виконання стрибка з місця значно не змінився, перебуває в межах 32–52 см.

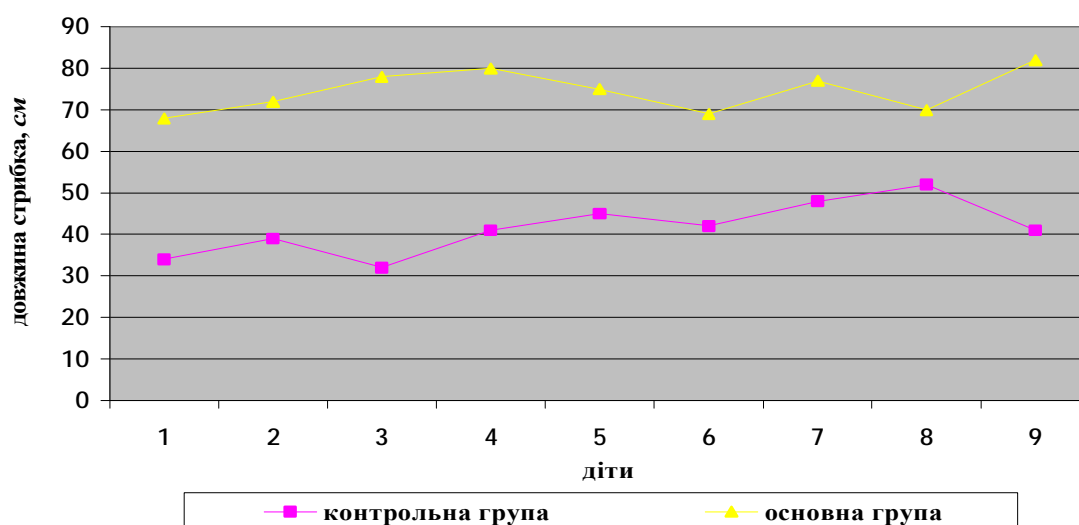


Рис. 3. Виконання стрибка в довжину з місця дітьми обох груп наприкінці дослідження

Результати виконання стрибків угору дітьми обох груп наприкінці дослідження представлені на рис. 4.

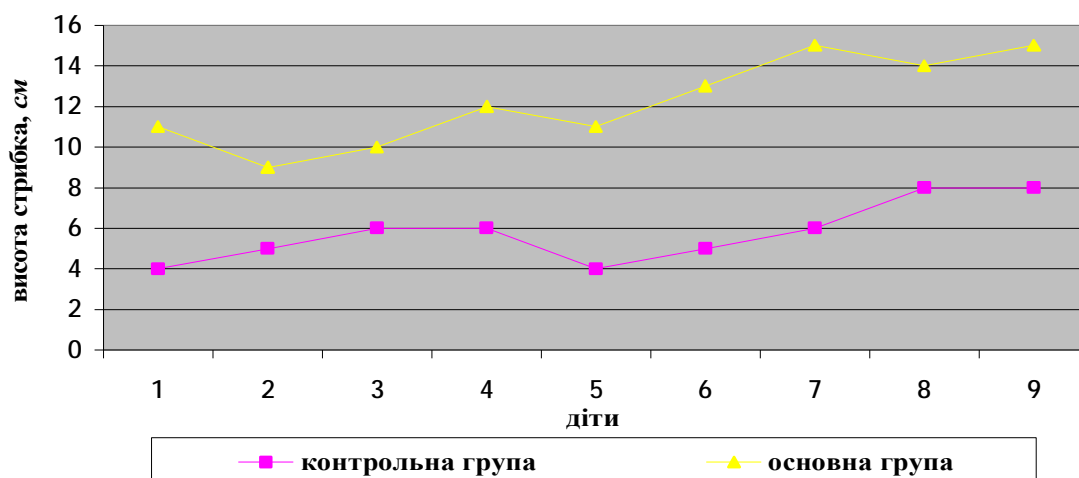


Рис. 4. Результати виконання стрибків угору дітьми обох груп наприкінці дослідження

Обґрунтовуючи результати, наведені в рис. 4, бачимо, що діти основної групи значно краще виконали стрибок угору наприкінці дослідження, ніж діти контрольної групи. Виконання вправи в межах норми здійснювали вісім (88,89 %) дітей основної групи; одна (11,11 %) дитина основної групи наблизилася до норми. У дітей контрольної групи цей показник значно не змінився, перебуває в межах 4–8 см.

Підсумовуючи виконання дітьми стрибкових вправ, бачимо, що представники основної групи наприкінці дослідження виконали їх значно краще, ніж діти контрольної групи, що доводить ефективність застосування програми фізичної реабілітації.

Висновки. Дослідження та клінічні спостереження показали, що ефективні ті методики масажу, які диференційовані з урахуванням віку дитини, причини, суті захворювання, особливостей їх перебігу, стану нервової системи. Доведено, що за допомогою постійного лікувального масажу та фізичної реабілітації в дітей основної групи значно покращилася рухливість у гомілково-ступневому суглобі, прибралося приведення переднього відділу стопи під час ходьби, покращилися результати виконання стрибків.

Перспективи подальших дослідження. Наші дослідження будуть спрямовані на пошук ефективних фізичних вправ за вродженої клишоногості, навчання батьків самостійного виконання вправ удома.

Література

1. Белова А. Н. Нейрореабілітація: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. / А. Н. Белова. – М. : Антидор, 2002. – С. 237–243.
2. Восстановительное лечение детей с поражениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата : учеб.-метод. пособие / под. ред. И. В. Добрякова, Т. Г. Щединой. – СПб. : Изд. дом СПбМАПО, 2004. – 317 с.
3. Дитина. Програма виховання і навчання дітей від 3 до 7 років. – К. : [б.в.], 2003.
4. Chen R. C. A new dynamic foot abduction orthosis for clubfoot treatment. / R. C. Chen, J. E. Gordon, S. J. Luhmann, P. L. Schoenecker, M. B. Dobbs // J Pediatr Orthop. – 2007. – 27. – S. 522–528.
5. Gurnett C. A. Skeletal muscle contractile gene (TNNT3, MYH3, TPM2) mutations not found in vertical talus or clubfoot. / C. A. Gurnett, F. Alaei, D. Desruisseau, S. Boehm, M. B. Dobbs // Clin Orthop Relat Res. – 2009. – Jan 14. – [Epub ahead of print].
6. Spiegel D. A. Ponseti method for untreated idiopathic clubfeet in Nepalese patients from 1 to 6 years of age. / D. A. Spiegel, O. P. Shrestha, P. Sitoula, T. Rajbhandary, B. Bijukachhe, A. K. Banskota // Clin Orthop Relat Res. – 2008. – Nov 6. – [Epub ahead of print].

Анотації

У статті наведено дані про застосування лікувального масажу за вродженої клишиногості. Доведено позитивний вплив лікувального масажу, відзначаємо збільшення рухливості в гомілково-ступневому суглобі, зникнення приведення переднього відділу стопи під час ходьби, покращення виконання стрибків у висоту та в довжину з місця.

Ключові слова: вроджена клишиногість, лікувальний масаж, фізична реабілітація.

Наталія Михайлова. Особенности проведения лечебного массажа при врождённой косолапости. В статье представлены данные об использовании лечебного массажа при врождённой косолапости. Доказано положительное влияние лечебного массажа, отмечается увеличение подвижности в голеностопном суставе, исчезновение приведения переднего отдела стопы при ходьбе, улучшения выполнения прыжков в высоту и в длину с места.

Ключевые слова: врожденная косолапость, лечебный массаж, физическая реабилитация.

Nataliia Mykhailova. The Peculiarities of Congenital Clubfoot Massage Therapy. The data on the usage of congenital clubfoot massage therapy are presented in the article. The investigation proved the positive effect of massage therapy: the increase of an ankle joint mobility is observed, a forefoot adduction while walking disappeared, a high jump and standing long-jump improved.

Key words: congenital clubfeet, massage therapy, physical rehabilitation.