

легкої формою захворювання. Більш регулярне використання в терапії протизапальних базисних засобів лікування, призначених лікарем, призводить до підвищення клінічної ефективності лікування бронхіальної астми. Зростання тривожності, зниження фізичної активності у частині дітей, на нашу думку, пов'язано з певними особливостями цих пацієнтів, рисами характеру, а також з психологічним кліматом в родині та поведінкою їх батьків. Виходячи з цього, можна рекомендувати залучення до роботи в астма-школі психолога, або консультації дітей, що проходять навчання, спеціалістом даного профілю.

Герасименко В.В., лікар дитячий хірург, магістр
Солейко Д.С., лікар дитячий хірург, аспірант
Солейко Н.П., обласний дитячий хірург, завідувач
хірургічним відділенням №1 ВОДКЛ
Наукові керівники – завідувач кафедри дитячої хірургії,
доктор медичних наук, проф. Кукуруза Ю.П.,
доктор медичних наук, проф. Колісник П.Ф.

Метод корекції динамічного стереотипу при лікуванні порушень постави у дітей та підлітків

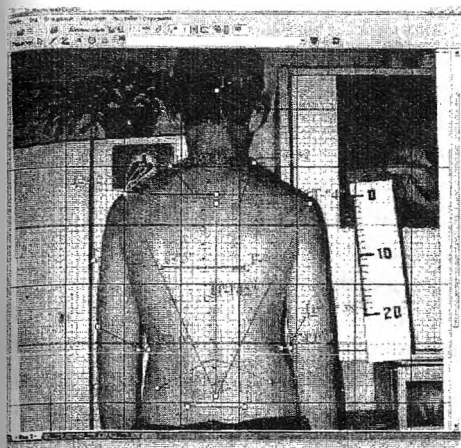
*Вінницький Національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Зростання патології хребта серед дітей та підлітків в останні роки стало актуальною медико-соціальною проблемою.

Вперше виявлена патологія хребта у дітей вікової групи від 12 до 13 років, відповідно до звітів в країнах СНД з 1993 по 2000 рік, за даними І. А. Арьємова (1993) та І. В. Башкирської (2000), складає 95,3%. В структурі захворювань переважають порушення постави, які сягають 51,3%, сколіози діагностують у 11,2% обстежених дітей.

Активна розробка консервативних методик обумовлена необхідністю підвищення ефективності лікування на ранніх стадіях деформації хребта, оскільки існуючі методи консервативного лікування сколіозів 1-2 ступеня в 2-18% випадків не забезпечують позитивних результатів (І. І. Коц, 1974).

Нами проведено аналіз спостережень 44 хворих сколіозом 1-2 ступенів та порушеннями постави. Вік хворих коливався від 6 до 17 років. Середній вік дітей складав 11,2 роки. Дівчаток було 18, хлопчиків 26.



Аналіз клінічних даних обстеження пацієнтів вказував, що сколіотична постава склала 62,29 % від загальної кількості викривлень хребта, найвищі рівні порушень зафіксовані в віковій групі 10-14 років, сколіози зустрічались переважно у дівчат в віці 10-14 років, що склало 66,6 %.

Аналіз рентгенологічних даних вказував на перевагу лівобічних грудо-поперекових сколіозів з кутом відхилення по Кобу в середньому 10,75 градусів. При кіфо-сколіозах діагностувались зміни, у вигляді клиновидної деформації хребців грудного відділу, вторинного остеохондрозу та спондилоартрозу.

В контрольну групу дослідження включили 21 хворого, котрі займалась індивідуально підібраними комплексами лікувальної фізкультури та механотерапії. В основну групу увійшли 23 хворих, яким на фоні виконання перерахованих методів реабілітації було запропоновано корекцію динамічного стереотипу за допомогою універсального коректора постави (патент А61F5/00, 2001). Термін лікування в обох групах складав в середньому три місяці.

З метою підвищення об'єктивізації дослідження нами був розроблений програмний комплекс діагностики порушень постави методом комп'ютерної фотометрії (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 10007 від 17. 05. 2004). Методика антропометричного обстеження значно спрощена та об'єктивізована.

Нами під час обстеження визначались висоти трикутників талії справа –та зліва, кути відхилення від горизонту ліній між акроміонами, нижніми кутами лопаток та задньо-верхніми остями клубових кісток. В сагітальній площині визначались передньо-задній розмір тулуба та висоти шийного і поперекового лордозів.

Для підвищення ефективності лікування дітей з патологією постави, нами був розроблений метод корекції динамічного стереотипу, в основу якого покладено використання «Універсального пристрою для запобігання та лікування захворювань неправильної постави» (патент А61F5/00, 2001).

Під час сидіння за робочим місцем дитині одягався коректор постави, який фіксував оптимальне взаєморозташування частин тулуба. В разі викривлення хребта оптимальне положення тіла порушувалось, що

призводило до розтягування еластичних елементів в сагітальній та фронтальній площинах, при цьому генерувався звуковий сигнал в головному модулі коректора. Інформація про порушення постави в доступній для дитини формі фіксувалась слуховим аналізатором, що призводило до свідомої ліквідації патологічного положення тулуба.

Ефективність впровадженої методики оцінювалась за показниками динаміки соматометричного профілю пацієнтів шляхом вирахування різниці між показниками до та після лікування. Функціональний стан м'язів спини оцінювався проведенням станової динамометрії.

Аналізуючи данні соматометричного обстеження в ході дослідження нами було встановлено, що використовуючи коректор постави досягаються більш суттєві зміни в бік нормалізації параметрів порушеної постави в порівнянні з результатами, досягнутими в контрольній групі. Найбільш характерною була позитивна динаміка в наближенні трикутників талії до симетрії ($\chi^2=3,38$; $p<0,01$), наближення до симетрії кутових параметрів: кута відхилення акроміонів ($t=2,73$; $\chi^2=2,42$; $p<0,01$) кута відхилення нижніх кутів лопаток ($t=2,68$; $\chi^2=3,38$; $p<0,01$), кута відхилення бічних ямок ромба Міхаеліса ($t=4,33$; $\chi^2=3,92$; $p<0,01$). Покращення параметрів сагітального профілю характеризувалось зменшенням передньо-заднього розміру тулуба ($t=1,26$; $p<0,05$).

Зростання показників станової динамометрії ($\chi^2=3,74$; $p<0,01$) в порівнянні з контрольною групою вказує на більш швидке формування м'язевого корсету у дітей з патологією постави, які використовували коректор постави.

Акчурін О.М., Гумінська Г.С., Савицька Т.В.,
Токарчук Н.І., Антонєць Т.І.

Психологічні особливості дітей з пієлонефритом при високому вмісті сечової кислоти в сечі

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра педіатрії;
Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня*

Соматоформні розлади залишаються поширеним і недостатньо розробленим розділом патології дитячого віку [4]. При хронічному пієлонефриті стан деяких психічних параметрів вивчався лише серед дорослих пацієнтів [1]; психологічні ж особливості дітей з патологією нирок і сечовивідних шляхів практично не досліджувались, за виключенням нетримання сечі [6].

УКРАЇНА

ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА

УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІННИЦЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА ДИТЯЧА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І.ПИРОГОВА

МЕДИЦИНА ДИТИНСТВА ВІННИЧЧИНИ 1980 - 2005 р.



Збірник наукових робіт вчених та лікарів Вінниччини –
підсумок 25-річної діяльності Вінницької обласної дитячої клінічної
лікарні

Вінниця – 2005