

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный университет»

Дисциплина: «Основы физической реабилитации»

Тема: «Методика физической реабилитации у детей с врожденными аномалиями развития»

Подготовила:
Студентка заочной формы ФКиС
Преснякова Н.А.
Проверила:
Профессор, д.м.н., заведующая кафедрой
медико-биологических дисциплин,
оздоровительной и адаптивной
физической культуры
Яцун С.М.

Методика физической реабилитации у детей с:

- I. Врожденным вывихом бедра;
- II. Врожденной мышечной кривошеей;
- III. Врожденной косолапостью;
- IV. Пупочной грыжей

I. Врожденный вывих бедра

- это вывих головки бедренной кости из вертлужной впадины, обусловленный врожденной неполноценностью сустава

Ограничение отведения правого бедра

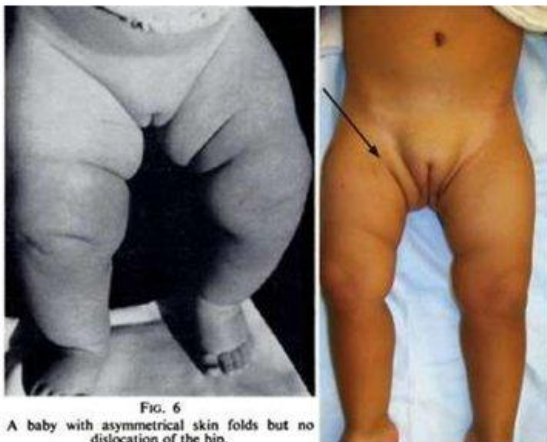
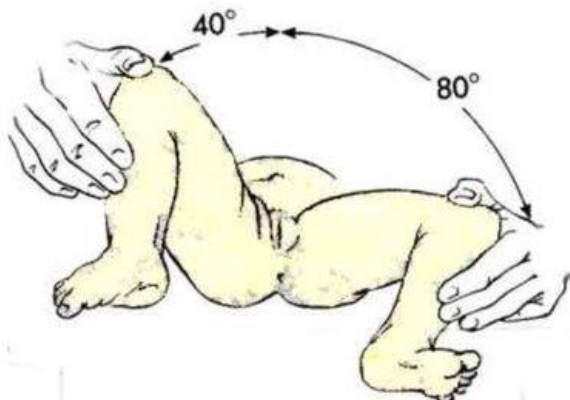


FIG. 6
A baby with asymmetrical skin folds but no dislocation of the hip.

Симптом Ортолани-Маркса



Клиническая картина и методики физической реабилитации

Отмечается недоразвитие всех составляющих элементов тазобедренного сустава: неглубокая вертлужная впадина, медленно окостеневающая небольшая головка бедра с укороченной шейкой, недоразвитие капсулосвязочного и мышечного аппарата, растяжение суставной сумки. При этом головка бедренной кости смещается кверху и кзади по подвздошной кости.

Раннее начало лечения приносит наиболее эффективные результаты. Лечение врожденного вывиха бедра начинают в родильном доме с широкого пеленания в течение первых 3 месяцев. Тактика последующего лечения может быть консервативной или оперативной. При консервативном лечении осуществляется ортопедическое вправление тазобедренного сустава шинами ЦИТО, Волкова, Виленского и др., гипсовой повязкой в течение 3–4 месяцев с общей длительностью воздействия от 1 до 3 лет. Цель данного метода лечения – щадящее постепенное восстановление формы сустава и длительная фиксация в положении максимальной коррекции. Оперативное лечение применяют при отсутствии положительных результатов консервативного лечения. Осуществляется артротомия с артропластикой.

Лечение положением

Лечение положением – одно из первых и наиболее доступных средств, используется и осуществляется родителями.

1. При незначительной дисплазии в течение первых 3 месяцев используется широкое пеленание;
2. У ребенка, сидящего на коленях у матери лицом к ней, ножки разведены в стороны, спинка поддерживается. Когда мама стоит, ребенок, повернутый к ней лицом, ножками охватывает ее туловище. При ношении ребенка используется сумка-«кенгуру»;
3. В положении лежа на животе ноги ребенка с отведенными и согнутыми стопами должны быть вне матраца, в противном случае усиливается спазм мышц – аддукторов бедер.



Широкое пеленание

Консервативное лечение



Стремена Павлика

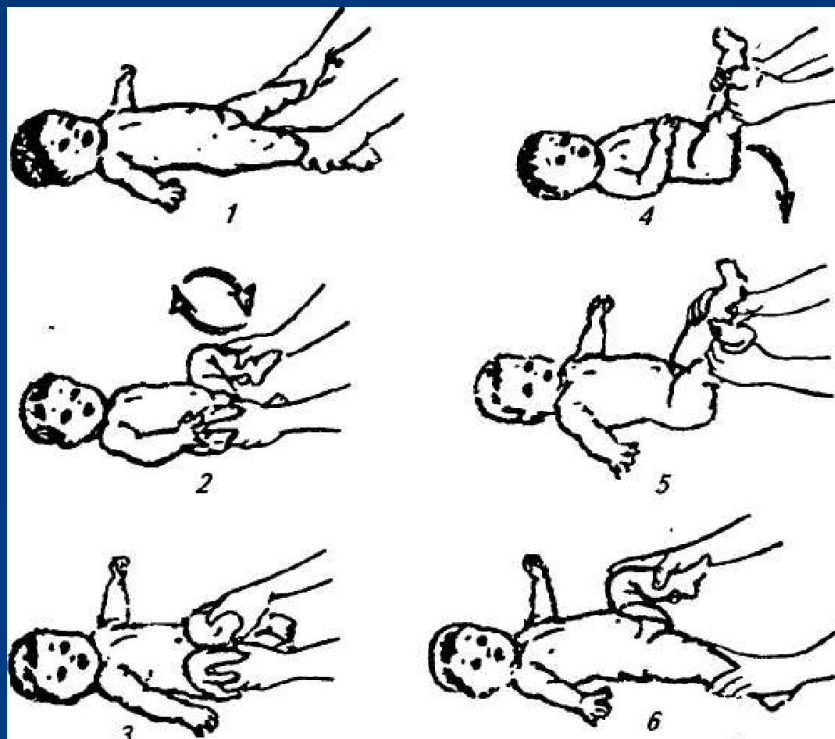


Шина Фрейка

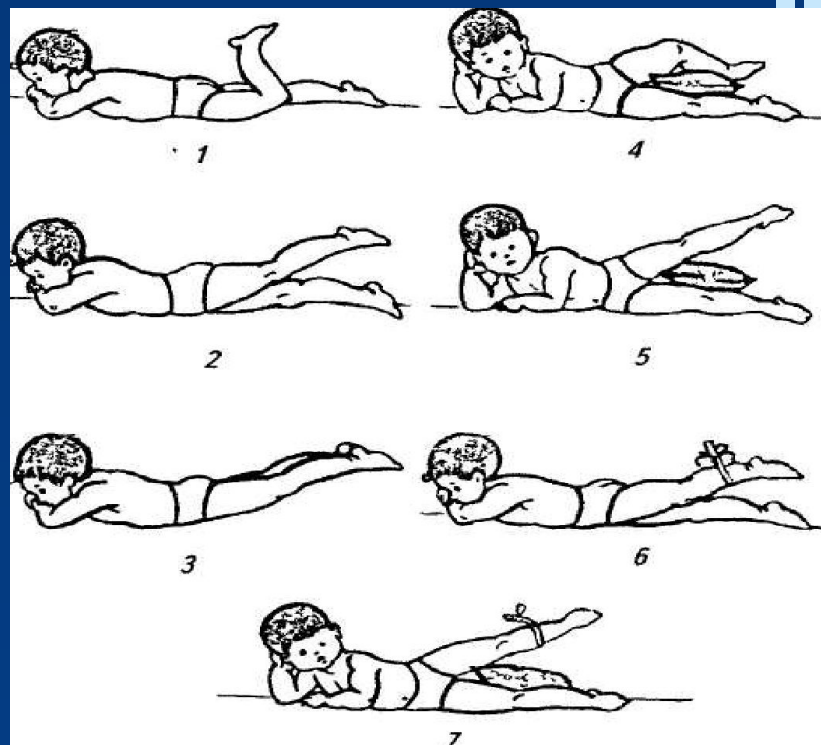


Шина Виленского

Физические упражнения



Основные упражнения при врожденном вывихе бедра для детей раннего возраста: 1 – отведение прямых ног в стороны; 2 – круговые движения ногами; 3 – отведение согнутых ног в стороны; 4 – опускание прямых ног в стороны; 5 – приподнимание ног и опускание их разведенными; 6 – попеременное сгибание ног в разведенном положении (проводятся 2 раза в день)



Упражнения для тазобедренного сустава и укрепления ягодичных мышц после операции по поводу врожденного вывиха бедра: 1 – попеременное сгибание ног; 2 – поочередное отведение прямых ног вверх; 3 – отведение двух ног вверх; 4 – лежа на боку, отведение ноги, согнутой в коленном суставе; 5 – отведение прямой ноги в сторону; 6, 7 – лежа на животе и боку, отведение ноги с отягощением

Задачи ЛФК:

- профилактика и устранение контрактуры приводящих мышц бедра;
- формирование тазобедренных суставов, восстановление их формы, фиксация суставов в положении максимальной коррекции (совместно с ортопедами);
- укрепление мышц, производящих движение в тазобедренных суставах (сгибание, разгибание, отведение, вращение внутрь);
- развитие в полном объеме активных движений в тазобедренных суставах;
- коррекция вальгусного положения коленных и голеностопных суставов, возникающих при лечении с использованием шин.



II. Врожденная мышечная кривошея

Врожденная мышечная кривошея – это неправильное положение головы, вызванное укорочением и функциональной неполноценностью одной из грудино-ключично-сосцевидных мышц в результате ее врожденного недоразвития или действия интранатальных повреждающих факторов, сопровождающееся вторичными изменениями шейного отдела позвоночника и костей черепа.

Клиническая картина и методики физической реабилитации

При ВМШ голова наклонена в сторону пораженной мышцы и повернута в противоположную сторону с одновременным отклонением назад. Надплечье и лопатка при выраженной кривошее на стороне поражения выше, затылок со здоровой стороны нередко скошен. К вторичным изменениям при ВМК относится асимметрия лица. При средней и тяжелой степенях ВМК (II–III) может отмечаться отставание ребенка в психомоторном развитии. С ростом детей, перенесших ВМК, отмечаются сглаженность шейного лордоза, формирование патологического кифоза, отставание в росте тел позвонков за счет травмы ростковых зон, явления остеохондроза. При декомпенсированных стадиях ВМК развивается сколиотическая болезнь в грудном отделе позвоночника и более медленное восстановление нарушений в шейном отделе.

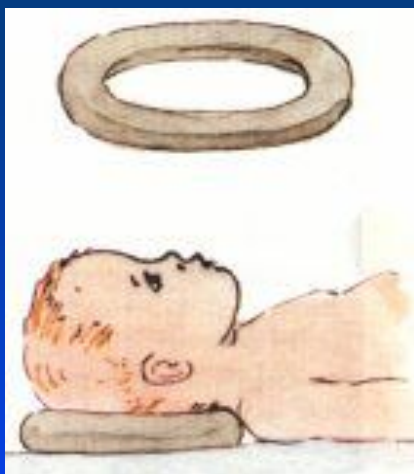
При комплексном консервативном и оперативном лечении детей с ВМК первостепенное место занимает ЛФК, используемая с первых дней установки диагноза, рекомендуется лечение положением, массаж, физические упражнения, упражнения в воде.

Главная задача ЛФК – полное восстановление функции оперированной мышцы. С этой целью используются различные движения головой с сопротивлением и отягощением в различных положениях. Продолжается коррекция осанки (особенно в грудном отделе)

Лечение положением

Лечение положением применяют 2–3 раза по 1,5–2 часа в день.

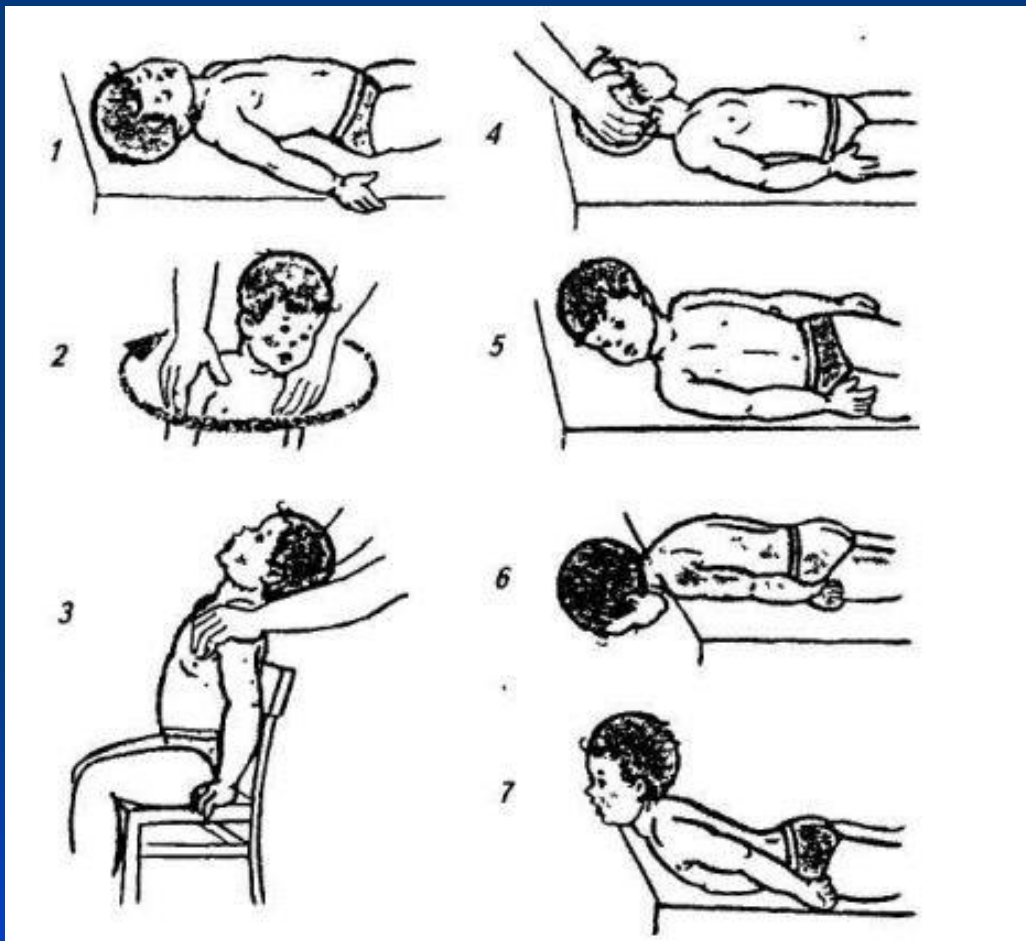
1. Затылок ребенка, лежащего на спине без подушки, укладывают в ватно-марлевое кольцо и придают голове правильное положение, надплечье удерживают с помощью мешочка с песком.
2. Ребенку в том же положении кладут под голову сложенную вчетверо толстую пеленку. При этом расположение кровати должно быть таким, чтобы пораженная сторона была обращена к свету, игрушкам, звукам.
3. Независимо от положения ребенка используется картонно-ватно-марлевый воротник Шанца



Массаж

Массаж делают ребенку, лежащему на спине, стоя у его изголовья. Массируют и пораженную и здоровую мышцы. При массаже больной стороны голова слегка повернута в сторону поражения для достижения наибольшего расслабления мышцы. Приемы выполняют подушечками пальцев в направлении от уха к ключице. На пораженной стороне используют приемы поглаживания, растирания и непрерывной вибрации, выполняя их мягко, нежно и пластично, не вызывая у ребенка болевых ощущений. На здоровой стороне используют те же приемы, но добавляют разминание и прерывистую вибрацию. Приемы выполняются интенсивнее с целью укрепления и повышения тонуса данной мышцы. Можно выполнять массаж в теплой воде (36 °С). Массаж пораженной и здоровой мышц сочетается с приемами общего поглаживания верхних и нижних конечностей, мышц спины, живота и шеи. Некоторые реабилитологи предлагают попеременно сочетать приемы массажа с физическими упражнениями.

Специальные упражнения при ВМШ



Специальные упражнения при кривошее:

- 1 – наклоны головы;
- 2 и 3 – круговые движения головы при фиксировании взрослым надплечий ребенка;
- 4 – упражнение с противодействием лежа на спине;
- 5– 6–7 – поднятие головы лежа на боку, на животе со свешенной с кушетки головой

Специальные упражнения в воде при ВМШ:

1. Руки методиста (или родителей) под затылком ребенка, лежащего на спине, подушечками больших пальцев выполняется поглаживание грудино-ключично-сосцевидной мышцы (шея ребенка в воде).
2. Плавное перемещение ребенка в том же положении за голову то в правую, то в левую сторону.
3. Круговое движение лежащего на воде ребенка за голову так, чтобы пораженная сторона была на наружной части круга.
4. Ребенок в пенопластовом чепчике лежит на спине, ножки опущены. Методист выполняет движение руками в стороны – вниз, осуществляя плавную коррекцию кривошеи, усиливая тягу со стороны повреждения.
5. Лежащего на животе ребенка поддерживают под подбородок, ведут по ширине бассейна. Другой рукой плавными пружинящими движениями приподнятое надплечье удерживают в воде.

III. Врожденная косолапость

– это стойкая приводящеразгибательная контрактура стопы, вызванная врожденным нарушением развития голеностопного сустава и мышечно-связочного аппарата.



Клиническая картина и методики физической реабилитации

Клиническая картина характеризуется:

- опущением наружного и поднятием внутреннего края стопы (супинацией голеностопного сустава);
- положением подошвенного сгибания стопы (эквинус или конская стопа);
- приведением переднего отдела стопы (аддукция);
- образованием «натоптышей» на наружном крае стопы;
- асимметрией объема средней трети голени;
- снижением тонуса мышц, кожной температуры и электровозбудимости (на больной ноге).

Лечение ребенка должно начинаться сразу же после выписки из родильного дома и может быть консервативным и оперативным. При легкой косолапости используются корректирующие бинтовые повязки, в других случаях – гипсовые повязки с последующей заменой гипсовыми лонгетами. При значительных дефектах голеностопного сустава используют оперативное лечение.

Задачи ЛФК: предупреждение развития мышечной атрофии и вегетососудистых расстройств; улучшение трофики; поддержание общего тонуса организма, закрепление результатов коррекции и восстановление опорной и двигательной функции стопы; борьба с атрофией и контрактурой в суставах; создание необходимых условий для полноценного роста и развития стопы; адаптация к повышающимся физическим нагрузкам; профилактика «порочной» походки и нарушений осанки.

Лечение положением

В течение поэтапной коррекции гипсовыми повязками (под наблюдением ортопеда) в занятиях ЛФК сочетаются средства общеукрепляющего воздействия на весь организм ребенка с упражнениями и приемами массажа для больной ноги. В легких случаях косолапость ограничивают корригирующими повязками. После снятия гипсовой повязки и заменой ее фиксирующей съемной гипсовой лонгетой назначают специальный массаж и упражнения для стопы и голени. Сразу после их проведения фиксируют положение стопы гипсовой лонгетой. Большая эффективность коррекции косолапости достигается тепловыми процедурами: теплые ванны для ног (36–37 °С), физиотерапевтические процедуры. Полезно заниматься с ребенком дома, после сна. Лечение с использованием гипсовых повязок носит этапный характер. Первый этап лечения проводится в течение года со сменой повязки раз в неделю, начинается с 1–2-месячного возраста.



Массаж, физические упражнения, упражнения в воде, физиотерапия

На фоне общего массажа применяется специальный массаж голени и стопы для нормализации мышечного тонуса. Расслабляющие приемы используются на внутренней и задней группе мышц (поглаживание, потряхивание, вибрация). Укрепляющие приемы используются на растянутых мышцах – передней и наружной группах мышц (поглаживание, растирание, разминание) при использовании корригирующих повязок.

Физические упражнения проводятся после массажа и физиопроцедур. Специальные упражнения используются лежа (пассивно-активные): сгибание и разгибание стопы, сидя – перекаты с пятки на носок, стоя у гимнастической стенки приседания. Круговые вращения в тазобедренном суставе, сгибание и разгибание нижних конечностей. Также применяют общеразвивающие упражнения, упражнения игрового характера, дыхательные упражнения.

Упражнения в теплой воде. После гипсовой иммобилизации хорошо использовать раннюю осевую нагрузку – ходьбу по дну бассейна, скольжение на воде (для старших дошкольников, школьников), все возможные движения в голеностопных суставах (отталкивания, прыжки, подскоки). При использовании корригирующих бытовых повязок можно использовать те же упражнения, что и на суше (36–37 °С).

Среди физиотерапевтических процедур – влажные укутывания голени и стопы больной конечности (39–41 °С) в течение 25–30 мин (курс 20–25 процедур). Электростимуляция пронаторов стопы в течение 10–15 мин с прерыванием на 2 мин через каждые 3 мин воздействия (ежедневно, курс 15–25 процедур). Повторные курсы физиотерапии при развивающейся мышечной атрофии целесообразно проводить с перерывом в 2–3 месяца.

IV. Пупочная грыжа

- врожденный дефект, причинами которого могут быть ослабленный мышечный тонус передней брюшной стенки, неполное замыкание пупочного кольца, внутриутробные аномалии развития брюшной стенки при длительном плаче ребенка, вследствие чего из пупочного кольца (над пупком) выходят подвижные внутренние органы (сальник, петли тонкой кишки).



Клиническая картина и методики физической реабилитации

Выпячивание кожи из пупочного кольца, при легком надавливании на данный участок ощущается «бульканье». Пупочная грыжа может быть округлой или продолговатой. В раннем возрасте грыжа легко вправляется и при постоянных занятиях ЛГ и массажем проходит бесследно.

В методику физической реабилитации включены: лечение положением, массаж и физические упражнения.

Задачи ЛФК при врожденной пупочной грыже: общеукрепляющее воздействие на организм ребенка, укрепление мышечного корсета, особенно мышц брюшного пресса, нормализация нервно-рефлекторной возбудимости для предупреждения повышения внутрибрюшного давления, поддержание психомоторного развития на соответствующем возрастном уровне.

Лечение положением

Лечение положением – лежа на животе используется как во время сна, так и в период бодрствования, уменьшает боли в животе (так как способствует отхождению газов), увеличивает возможность активных движений конечностями и туловищем, препятствует выпячиванию грыжи.

Массаж

Общий массаж начинают со 2–3-й недели жизни ребенка. Приемы выполняются легко и безболезненно, не вызывая детского плача. Перед использованием специальных приемов грыжу обязательно вправляют легким надавливанием пальцев одной руки, утапливая ее, пока другая выполняет приемы.



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

- Арбашина Н.А. Лечебный массаж для детей с нарушениями развития : практ. пособие / Н.А. Арбашина. - М. : Флинта, 2004. - 168 с;
- Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина: учеб. для вузов / В.А. Епифанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - С. 306-308;
- Мартынихин В.С. ЛФК и другие методы немедикоментозного воздействия при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков : учеб. пособие / В.С. Мартынихин. - СПб. : Академия, 2008. - 128 с;
- Попов С.Н. Физическая реабилитация: Изд. 3-е. - Ростов н/Д: Феникс, Год выхода: 2006 - 608 с.

Интернет-ресурсы:

- https://sinref.ru/000_uchebniki/04600_raznie_2/387_fizicheskaya-reabilitaciya-2005/040.htm;
- <https://megaobuchalka.ru/5/31695.html>