

**Санагурська М.А.**

*студентка,*

*Науковий керівник: **Войчишин Л.І.***

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту,*

*Прикарпатський національний університет*

*імені Василя Стефаника*

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ У КОРЕКЦІЇ ДЕФОРМАЦІЙ СТОПИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Відповідно до статистичних даних, більше 100 тисяч дітей в усьому світі щороку народжуються з деформацією стоп. Випадки у дітей із цією патологією, які вчасно не отримали відповідного лікування та фізичної терапії накладають соціальний, психологічний і фінансовий тягар на пацієнтів, їх сім'ї і суспільство. В Україні багато дітей із деформаціями стоп піддаються хірургічному лікуванню, часто з незадовільними результатами і ускладненнями [1].

Погіршення функцій стопи супроводжується скаргами на швидку втомлюваність м'язів ніг, знижену витривалість до статичного навантаження, больових відчуттів у дільниці стопи й передньої поверхні гомілки, що в свою чергу знижує працездатність [2].

Вивчаючи види патологій нижніх кінцівок, фахівці одногласно стверджують, що найбільш поширеними видами деформації стопи є клишоногість та плоскостопість, і називають вражаючі цифри частоти виявлених випадків опущення склепінь стоп у різних груп населення, які коливаються від 47,4 до 84%. За статистикою ВООЗ плоскостопістю страждає більше половини населення планети і 90% – це жінки. Що стосується дітей, то число володарів плоскої стопи стрімко зростає в міру їх дорослішання. Причинами виникнення захворювання можуть стати як внутрішні, так і зовнішні фактори. При цьому деформації стопи часто супроводжуються порушеннями ОРА [3; 4]. Клишоногість – захворювання, яке часто зустрічається у дітей, воно являє собою порушення опорно-рухового апарату. При даному захворюванні дитина не може поставити п'яту плоско на підлогу, клишоногість може розвиватися на одній або обох ногах. У м'язах або в розташуванні кісток стопи в дитини з вираженою клишоногістю, відбуваються серйозні

порушення. Реабілітація дітей з вродженою клишоногістю є складною ортопедичною проблемою. Ще Гіппократ запропонував основні принципи цієї реабілітації – ручну корекцію деформації та утримання стопи в положенні досягнутої корекції, які застосовуються і в наш час. Батькам слід пам'ятати, що клишоногість часто супроводжує інші порушення опорно-рухового апарату: сколіоз, плоскостопість, тому ні в якому разі не можна пускати захворювання на самоплив, сподіваючись, що з часом воно пройде. Основними методами фізичної терапії при деформаціях стопи є лікувальна гімнастика та масаж [6]. Так у дітей основної групи 1 кут приведення правої ноги дорівнює  $43,35 \pm 1,37$ , а кут приведення лівої ноги відповідно –  $38,75 \pm 2,12$  у дітей дошкільного віку, які увійшли у основну групу 2 кут приведення правої ноги склав  $41,12 \pm 2,24$ , а лівої –  $41,12 \pm 2,24$  відповідно. Це засвідчує те, що ознаки деформації стоп у дітей двох основних груп, які будуть займатися, як за нашою програмою так і за загальноприйнятою знаходяться в межах однакової достовірності, ( $p < 0,05$ ).

Розроблена нами програма фізичної терапії для дітей із деформацією стопи, включала:

- Кінезіотейпування – з метою фіксації стоп у корегованому положенні;
- Стретчинг – з метою корекції положення стоп, та розтягнення вкорочених м'язів;
- Лікувальну гімнастику з метою тренування м'язів та зв'язок;
- Масаж, для зменшення болю, покращення лімфо і кровообігу, зміцнення ослаблених м'язів;
- Практичні рекомендації, які включають поради до підбору взуття та харчування, рухового режиму дітей;

Основним засобом нашої програми фізичної терапії було кінезіологічне тейпування (мультитейпінг) – це терапевтичний метод відновлювального лікування, заснований на природних методиках оздоровлення організму. За допомогою цієї методики відбувається м'яка фіксація суглобів, а також активізація нервової та кровоносної систем.

У своїй програмі ми використовували тейпування стоп у корегованому положенні (відведенні стоп) впродовж впровадження програми.

Головний ефект стретчингу – розслаблення. При клишоногості спостерігається напруження і вкорочення м'язів внутрішньої поверхні

стоп. Напружені м'язи гірше забезпечуються киснем, в них спостерігається підвищений вміст продуктів обміну речовин.

Стретчинг знижує інтенсивність больових відчуттів або навіть ліквідує м'язові болі, які часто виникають при фізичному навантаженні дітей із клишоногістю.

Для правильного формування склепіння стопи потрібно постійно тренувати їх м'язи і зв'язки.

Аналізуючи повторні дані плантографії ми дослідили, що у дітей, які займалися за нашою програмою фізичної терапії достовірно зменшилися кути приведення стоп. Кут приведення правої ноги у дітей дошкільного віку в основній групі 2 з  $41,12 \pm 2,24$  зменшився до  $23,45 \pm 1,43$ , а лівої з  $39,53 \pm 1,12$  градусів зменшився до  $21,54 \pm 1,65$ . У дітей, які увійшли в основну групу 1 достовірного зменшення кута приведення стопи встановлено не було ( $p < 0,05$ ).

При аналізі повторного дослідження вальгування стоп, ми відзначили, що у дітей основної групи 2, яка займалася за нашою програмою фізичної терапії достовірно покращилося склепіння стопи. На нашу думку, це вірогідне збільшення склепіння стопи у дітей основної групи 2 відбулося завдяки зміцненню підшовних м'язів, для укріплення яких ми відвели вагоме місце у нашій програмі фізичної терапії. У дітей, які займалися за стандартною програмою достовірних змін за даними цього дослідження не відбулося ( $p < 0,05$ ).

Отже, слід пам'ятати, що деформації стопи часто супроводжує інші порушення опорно-рухового апарату, тому потрібно обов'язково звернутися за допомогою до спеціаліста, в іншому разі прогресування та вторинних ускладнень цієї патології не уникнути [5].

### Список використаних джерел:

1. Бондин У.І. Концептуальні основи валеологического освіти // Валеология / Бондин У. І. – 1997. – С. 7-8.
2. Волков М.В. Детская ортопедия / Волков М.В., Дедова В.Д. – М.: «Медицина», 1980. – 311 с.
3. Клычкова И.Ю. Рецидивирующая косолапость. Хирургическое лечение детей средней возрастной группы / И.Ю. Клычкова, М.П. Конюхов, Е.В. Петрова, Е.И. Дегтярева // Материалы симпозиума детских травматологов-ортопедов России с международным участием «Совершенствование травматолого-ортопедической помощи детям», Казань 16-18 сентября 2008. – Санкт-Петербург, 2008. – С. 282–285.

4. Кожевников О.В. Лечение тяжелых форм косопласти у детей / О.В. Кожевников, И.С. Косов, И.В. Грибова, Л.К. Каджая // Материалы симпозиума детских травматологов-ортопедов России с международным участием «Совершенствование травматолого-ортопедической помощи детям», Казань 16-18 сентября 2008. – Санкт-Петербург, 2008. – С. 285-286.

5. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2005. – 471 с.

6. Чугуй Е.В. Современные взгляды на лечение врожденной косопласти у детей / Е.В. Чугуй // Травма. – 2009. – № 4. – Том 14.

**Чемерис Г.І.**

*студентка,*

*Науковий керівник: Войчишин Л.І.*

*доцент,*

*Прикарпатський національний університет*

*імені Василя Стефаника*

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ КОРОТКОЗОРИСТІЮ**

На даному етапі розвитку фізичної терапії відбувається активний пошук інноваційних засобів та методів покращення зору, а також функціонального та фізичного розвитку дітей з міопією.

В даний час вважається остаточно доведеним, що короткозорість частіше виникає у осіб з відхиленнями в загальному стані здоров'я. За даними Т.С. Смирнової, серед дітей, які страждають короткозорістю, число практично здорових в два рази менше, ніж серед всієї групи обстежених школярів. Відзначається зв'язок короткозорості з простудними, хронічними і важкими інфекційними захворюваннями. У короткозорих дітей частіше, ніж у здорових, зустрічаються зміни опорно-рухового апарату – порушення постави, сколіоз, плоскостопість. Це пов'язано з неправильною позою при читанні і писанні, а також швидким стомленням м'язів шиї і спини. Порушення постави, в свою чергу, погіршує стан внутрішніх органів і систем, особливо дихальної і серцево-судинної. Таким чином, існує і пряма, і зворотна залежність між фізичною активністю дитини, його здоров'ям, з одної сторони, і