

судинні отрути, що крім того, мають місцеву подразнюючу дію. Симптоми отруєння: серцевий напад (у важких випадках — зупинка серця), нудота, блювота, біль у животі, діарея, головний біль, падіння пульсу, задишка, запаморочення, ціаноз, іноді також тремтіння, конвульсії, делірій і галюцинації [5].

Отже, до найбільш отруйних представників нашої флори декоративних рослин належать конвалія звичайна, дурман звичайний, дельфіній, рицина звичайна, наперстянка та мак опійний. Вирощування їх на клумбах вимагає обережності та знання заходів екстренної детоксикації і симптоматичної терапії.

Література

1. Баранчикова Л. Осторожно: ядовитые растения! // Биология в школе. — 2008. — № 6. — С. 51-57.
2. Измайлов И. Ядовитая эволюция: отравление человека ядами, которые создала природа // Вокруг света. — 2005. — № 1. — С. 112-122.
3. Лисайчук О. Небезпечні сусіди — отруйні рослини // Надзвичайна ситуація. — 2007. — № 5. — С. 62-63.
4. Мироненко І. Небезпечні дарунки спекотного літа // Надзвичайна ситуація. — 2008. — № 7. — С. 52-54.
5. Орлова Л. Ознайомлення з отруйними рослинами на уроках біології // Біологія і хімія в школі. — 2002. — № 3. — С. 16-19.
6. Усачев А. Обережно, можна отруїтись // Розкажіть онуку. — 2007. — № 7. — С. 124-125.
7. Чернишенко Н.Ю. Отруйні рослини й рослинні отрути // Біологія. — 2008. — № 12. — С. 10-18.

СУЧАСНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ ПЛОСКОСТОПСТІ

Підлужна С.А., Рогуля В.О.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Плоскостопість — це одна з розповсюджених деформацій стопи, що характеризується сплюсненням її склепіння. Розрізняють поздовжнє і поперечне склепіння. На нормальній стопі поздовжнє склепіння має форму ніші і простягається від основи великого пальця до початку п'ятки та від внутрішнього краю підшви до її середини. Основною силою, яка підтримує склепіння стопи, є м'язи -супінатори (передній і задній великогомілкові) і м'язи-згиначі (особливо довгий згинач великого пальця).

При зниженні поздовжнього склепіння стопи виникає поздовжня плоскостопість, а поперечне — поперечна плоскостопість. Іноді ці форми плоскостопості поєднуються. Поздовжня плоскостопість часто супроводжується відведенням переднього відділу стопи, підняттям її зовнішнього краю і пронацією п'ятки, так званим вальгусом стопи. У таких випадках внутрішня кісточка помітно виступає, а зовнішня — западає.

При плоскостопості одночасно із зменшенням висоти склепіння відбувається скручування стоп, у зв'язку з чим осове навантаження припадає на сплющене внутрішнє склепіння. Ресорна роль стопи різко знижується. При сплюсненні склепіння суглобово-зв'язковий апарат розтягується, м'язи слабнуть, кістки стопи опускаються і стискають нервові гіло-

чки підошовної поверхні стоп, що спричиняє біль у різних ділянках стопи, п'ятки. Больові відчуття можуть також виникати на тильній стороні стопи, кісточках, у м'язах гомілки, стегна та навіть у поперековій ділянці спини. Пацієнтів непокоїть підвищена втомлюваність під час ходьби або тривалого стояння, головний біль. У них змінюється хода, часто спостерігається сколіоз, слабне м'язова система, знижується фізична працездатність, можуть виникати порушення внутрішніх органів.

В етіології плоскостопості розрізняють вроджені і набуті форми цієї вади. Набута плоскостопість може бути:

- а) рахітичною, яка виникає у дітей внаслідок м'якості кісток і зниженої їх опірності масі тіла;
- б) травматичною, яка є результатом різних травм ніг;
- в) паралітичною, що розвивається внаслідок паралічу м'язів, які підтримують склепіння стопи;
- г) статичною, яка утворюється внаслідок невідповідності сили м'язів масі тіла, яке вони тримають. Основними причинами виникнення статичної стопи бувають: слабкість м'язового тону, постійна надмірна втома внаслідок тривалого перебування дитини на ногах, невідповідність ступеня навантаження фізичному розвиткові дитини і недостатньо розвинуті м'язи ніг.

Основними принципами профілактики і лікування хворих з плоскостопістю I-II ступеня є:

1. Використання раціонального взуття, яке слід підібрати за розміром і формою стопи. Підошва повинна бути з пружним супінатором на середніх (для жінок 3-4 см) підборах. Не можна носити взуття на м'якій еластичній гумовій підошві (кеди, кросівки, гумові чоботи тощо). Якщо відсутня належна викладка у взутті, хворим рекомендують вкладні супінатори. Супінаторами слід користуватись постійно, навіть у домашніх капцях.

2. Зміцнення м'язів стопи, що передбачає масаж і спеціальний комплекс вправ лікувальної фізкультури. Влітку хворим рекомендують ходити босоніж по жорсткій землі або гравійній поверхні (пляжі), яка викликає подразнення і рефлекторне напруження м'язів стопи. Рекомендують фармадіація м'язів.

Плоскостопість лікують комплексно, тривало. Широко використовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, загальні гігієнічні засоби. При значній плоскостопості корекції досягають гіпсовими пов'язками з фіксацією стопи у варусному положенні, а інколи застосовують хірургічне втручання.

Лікувальна фізична культура застосовується при всіх видах плоскостопості, її завдання: зміцнення всього організму, підвищення силової витривалості м'язів нижніх кінцівок; корекція деформації стоп, усунення вальгусної установки п'ятки і збільшення висоти склепін'я стопи; виховання і закріплення стереотипу правильної постави тіла та нижніх кінцівок при стоянні і ходьбі. ЛФК призначають за трьома періодами (ввідний, основний і заключний).

Ввідний період. Спеціальні вправи для м'язів гомілки і стопи виконують у положенні лежачи і сидячи, що виключає вплив маси тіла на склепіння стоп. Спеціальні вправи чергують із вправами на розслаблення та загальноорозвиваючими для усіх м'язових груп. У цей період бажано вивіряти тонус м'язів гомілки, покращити координацію рухів.

Основний період. У цьому періоді слід досягти корекції положен-

ня стопи і закріпити його. Використовують вправи для зміцнення переднього і заднього великогомілкових м'язів і згиначів пальців, вправи з поступовим збільшенням навантаження на стопи. В комплекси включають вправи з предметами: захват пальцями ніг дрібних предметів (камінців, кулек, олівців, квасолі тощо) та їх перекладання, збирання пальцями ніг килимка з м'якої тканини, катання підшвами палиці. Для закріплення корекції використовують спеціальні види ходьби — на пальцях, п'ятках, зовнішній поверхні стоп, з паралельною постановкою стоп. Виправленню положення п'ятки сприяють також ходьба по нахиленій поверхні, ребристій дошці. Частина спеціальних вправ слід виконувати у фіксованому положенні головок плеснових кісток на поверхні підлоги, у якому напруження згиначів пальців призводить не до їх згинання, а до збільшення висоти поздовжнього склепіння. Усі спеціальні вправи включають у заняття разом із загальнорозвиваючими при зростаючому дозуванні і поєднуються із вправами на виховання правильної постави.

Заключний період. У цьому періоді до лікувальної та ранкової гігієнічної гімнастики додають лікувальну ходьбу, теренкур, гідрокінезіотерапію та спортивно-прикладні вправи. Використовують плавання вільним стилем, рухливі і спортивні ігри, їзду на велосипеді, ходьбу на лижах, ковзання, близький туризм. Однак обмежують вправи з навантаженнями у вихідному положенні стоячи, стрибкові вправи.

Існують спеціальні вправи, які рекомендується застосовувати на заняттях з ЛФК при плоскостопості у різних вихідних положеннях. До них відносять положення лежачи на спині, сидячи, стоячи, у русі.

Лікувальний масаж проводять 1,5-2 міс. курсами протягом всього періоду лікування плоскостопості для: усунення або зменшення болю у деформованих стопах, м'язах кінцівок та покращення крово-і лімфообігу в них; поліпшення скорочувальної здатності і сили м'язів гомілки та зміцнення зв'язкового апарату стоп; нормалізації склепіння стоп; підвищення загального тонуусу організму.

Фізіотерапію призначають одночасно з іншими засобами фізичної реабілітації. Її завдання: ліквідувати біль, поліпшити кровообіг і трофіку тканин стопи і гомілки; зміцнити нервово-м'язовий і зв'язковий апарати стопи; загартування організму. Використовується діадинамотерапія, електростимуляція великогомілкового м'яза та довгого м'яза — розгинача пальців, теплі ванни для ніг, обтирання, обливання, купання, сонячні та повітряні ванни.

Лікувати плоскостопість набагато важче, ніж запобігти їй. Тому у боротьбі з плоскостопією головне — профілактика: носіння раціонального взуття, заняття лікувальною фізичною культурою, ходьба босоніж по нерівній жорсткій поверхні тощо.

Ефективність фізичної реабілітації при плоскостопості проявляється у зменшенні або повному зникненні неприємного відчуття і болю при тривалому стоянні і ходьбі, усуненні дефекту стоп, нормалізації постави та ходи, поліпшенні фізичної працездатності.

Література

1. Купина В.В., Боженко О.В. Проблемні питання реабілітації деформацій стоп та шляхи їх вирішення. — Суми-2007.
2. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. / Под ред. А.Н. Беловой. — Т.1. — М.: Антидор, 1998.