

Винахід належить до медицини, зокрема до дитячої ортопедії.

Відомий спосіб лікування вродженого вивиху стегна, авторське свідоцтво СРСР №1833726, МПК А61F5/00, публікація Бюл. №30, 1993, автори Винокуров В.А. і Чернова Т.Н. Даний спосіб здійснюється шляхом витягування кінцівок до низведення головок стегнових кісток до рівня вертлужних западин. При цьому витягування проводять по осі тулуба за стегна при згинанні їх під кутом 120° при відведенні 30° до вправлення головки через передній край вертлужної западини. Потім здійснюють відведення кінцівок. Даний спосіб не передбачає комплексного лікувального впливу, що веде до збільшення строків лікування, а відсутність оперативного контролю знижує його якість.

Відомо функціональне лікування вродженого вивиху стегна дітей перших місяців життя і немовлят («Ортопедія і травматологія дитячого віку» (Посібник для лікарів), Москва, «Медицина», 1983, стор. 136 - 141).

Даний спосіб містить наступні операції. Зовнішній огляд дитини включає виявлення симптому зісковзування, обмеження відведення стегна, обмеження зовнішньої ротації кінцівок, укорочення кінцівок. Лікувальний вплив передбачає поступове вправлення вивиху з відновленням правильного співвідношення вертлужної западини і головки стегнової кістки. Для чого відповідно до способу накладають шини, а в деяких випадках гіпсові пов'язки, при цьому неспроможність вибраної шини, або стремени Павлика, виявляється тільки через достатньо великий проміжок часу (2 - 3 місяці). До того ж, при їх застосуванні, а також при застосуванні функціональної гіпсової пов'язки, велика імовірність появлення рефлексорної больової контрактури і набряку, які можуть виникати у однієї і тієї ж дитини декілька разів повторно.

Відомий пристрій для тренування рухового стереотипу нижніх кінцівок у вигляді тренувальної доріжки, яка має в центральній площині симетрії розділювальне ребро. (Страковська В.Л., Ладигіна В.Є., «Фізичне виховання недоношених дітей». Москва. «Медицина». 1990, стор. 44). Розділювальне ребро даного пристрою утворене розташованими симетрично відносно центральної площини симетрії двома похилими площинами, на які опирається дитина підшвами стоп при ходінні в процесі тренування, що не забезпечує відновлення рухового стереотипу, симетричного розташування осей нижніх кінцівок відносно серединної площини тіла дитини при лікуванні вродженого вивиху стегна. До того ж цей пристрій не придатний для самостійного тренування дітей всіх вікових груп і для відновлення рухового стереотипу одночасно верхніх і нижніх кінцівок.

Задачею даного винаходу-способу лікування вродженого вивиху стегна є, шляхом здійснення оператором з постійно еритмованими подушечками пальців рук при зовнішньому огляді, розслаблення м'язів при виявленні обмеження відведення стегна, виявлення симетричності кульшових суглобів, а також рухомості верхніх кінцівок, наявності сколіозу і направленості куприка відносно серединної площини тіла; при лікувальному впливі прийомів безконтактного і контактного мануального впливів, які сприяють вправленню вивиху і відновленню правильного співвідношення головки і западини та шляхом введення додатково на протязі всього курсу лікування і після нього оперативного контролю, прийоми якого виявляють функціональні можливості м'язів і зв'язок капсул кульшових суглобів, та домашніх процедур із застосуванням пристрою для реабілітації, - забезпечити скорочення строків лікування, виключити появу в результаті лікувального впливу рефлексорної больової контрактури і набряку.

Задачею даного винаходу-пристрою для реабілітації є шляхом виконання його із секцій прямолінійної і (або) криволінійної форми, кожна із яких в свою чергу складається із регулюемого по висоті розділювального екрана, розташованого в центральній площині симетрії і розташованих симетрично відносно неї поручнів з повзунами, установлених за допомогою кронштейнів з установочними шкалами і зажимів на стійках, які також мають установочні шкали, - забезпечити тренування м'язів і зв'язок капсул кульшових суглобів в процесі поступового відновлення правильного співвідношення головки і западини, а також конструктивно забезпечити швидкий монтаж і індивідуальне налагоджування пристрою.

Суть способу лікування вродженого вивиху стегна міститься в тому, що здійснюють зовнішній огляд, який включає виявлення симптому зісковзування, обмеження відведення стегна, обмеження зовнішньої ротації кінцівок, укорочення нижніх кінцівок, після чого здійснюють лікувальний вплив, що відомо. Наступне є новим. Оператор з постійно еритмованими подушечками пальців рук при виявленні обмеження відведення стегна здійснює розслаблення м'язів, для чого розгладжує тіло безперервним рухом долоней обох рук від основи шиї до кінчиків пальців спочатку верхніх, а потім нижніх кінцівок, і одночасно при цьому великими пальцями обох рук відводить нижні кінцівки, періодично збільшуючи кут відведення при повторних розгладжуваннях; вирівнює медіальні щиколотки відносно одна одної і по їх зміщенню виявляє укорочення кінцівок; виявляє симетричність розташування тазових кісток, для чого трохи піднімає обидві гомілки із захватом їх за тильні поверхні стоп, попередньо розвернутих до зіткнення їх медіальних боків з кушеткою, і одночасно надавлює на стопи із зусиллям, направленим до колін, притискаючи їх до кушетки, зводить стопи до зіткнення п'яток і опускає їх на кушетку, а потім підкладає середні фаланги вказівних пальців, з опорою їх основ на кушетку, під верхні передні клубові ості; для виявлення обмеження зовнішньої ротації кінцівок і симптому зісковзування фіксує передні верхні клубові ості подушечками великого і вказівного пальців однієї руки, долоню якої накладає на низ живота, а другою рукою підтримує литку до задньої ділянки стегна із захватом за верхню частину передньої ділянки гомілки і ротує кінцівку назовні до зіткнення основи середньої фаланги вказівного пальця з кушеткою; виявляє укорочення верхніх кінцівок і їх рухомість, для чого (наступне відомо, Рішення про видачу патенту по заявці №98031433 «Спосіб діагностики і лікування сколіоза з корекцією рівноважного стану м'язо - кісткової системи, Яриги М.П.», автор Ярига М.П., стор.2 опису) витягує верхні кінцівки почергово вперед за голову, а потім обидві разом і виявляє зміщення кистей відносно одна одної; виявляє сколіоз хребтового стовбура, для чого фіксує повернуту на бік голову однією рукою і одночасно вказівним і середнім пальцями другої руки, попередньо установленими на поперечні відростки у верхній частині шиї симетрично, проводить вздовж хребтового стовбура із виходом за ділянку промежини і при цьому періодично повертає голову то на один бік, то на другий, то прямо (відомо, патент України №20658, «Спосіб нормалізації функціонування органів і систем людини, Яриги М.П.», автор Ярига М.П., фіг.5); наступив є новим;

виявляє направленість куприка відносно серединної площини тіла, для чого фіксує середнім і великим пальцями однієї руки верхні задні клубові ості і долонею цієї ж руки крижі, а середнім пальцем другої руки,

попередньо накладеним на куприк в напрямку до нижніх кінцівок, надавлює на нього. Після чого здійснює лікувальний вплив: фіксує передні верхні клубові ості вказівним і великим пальцями руки, накладеної на низ живота, а другою рукою із захватом за верхню частину передньої ділянки гомілки приводить стегно до живота до його зіткнення з відповідним пальцем першої руки із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, переустановлює другу руку на передню ділянку коліна цієї ж кінцівки і стискає його пальцями, тягне коліно вгору, надавлює на нього із зусиллям в напрямку до кульшового суглоба і одночасно ротує кінцівку назовні до зіткнення основи середньої фаланги вказівного пальця з кушеткою, а потім випрямляє кінцівку і витягує її; надавлює навколо кульшового суглоба із формуючим, стискаючим зусиллям, направленим до його центра, подушечками всіх пальців руки, кисть якої періодично обертає туди-назад; ротує назовні до зіткнення з кушеткою основами середніх фаланг середніх пальців обох рук із захватом за верхні частини передніх ділянок гомілок обидві кінцівки, стегна яких попередньо приведені до живота, надавлює із зусиллям, направленим до кульшових суглобів, а потім випрямляє кінцівки і витягує їх в площині, паралельній кушетці; надавлює на крижі пальцями руки, підкладеної під них, вгору-вниз, а потім від себе-до себе і, одночасно, другою рукою переміщує кінцівки, попередньо зведені разом із захватом їх за нижні частини задніх ділянок гомілок, до себе-від себе відповідно до зіткнення основ середніх фаланг середніх пальців з кушеткою (слідуюче відомо, Страковська В.Л., Ладигіна В.Є., «Фізичне виховання недоношених дітей», Москва, «Медицина», 1990, стор. 28, фіг.28б); причому при цьому подушечки великого і середнього пальців другої руки розташовує на латеральних щиколотках, а вказівний між медіальними щиколотками; покачує дитину в фіксованій позі із стегнами, приведеними до живота, і нахиленою вперед головою вперед-назад (відомо, стор. 41, фіг.48); переміщує обидві руки долонями вниз над тілом від голови до кінчиків пальців нижніх кінцівок, при цьому долонна поверхня кисті однієї руки прикриває тильну поверхню кисті другої руки, яка здійснює колові рухи (відомо, Рішення про видачу патента України по заявці №98031433, стор.2 опису); фіксує однією рукою зап'ястя то однієї верхньої кінцівки, то другої, витягнутих попередньо вперед за голову, а долонею другої руки розгладжує відповідний витягнутій руці бік тіла одним безперервним рухом від зап'ястя руки до стопи і при цьому розвертає її підошовною поверхнею п'ятки вгору, що є новим, а потім однією рукою притримує голову, повернуту на бік, а вказівним і середнім пальцями другої руки проводить від основи шиї вздовж хребтового стовбур з боку від нього, протилежному повороту голови, з виходом за ділянку промежини, що відомо (Антипкін Ю.Г., «Масаж і фізкультура для дітей у віці до трьох років», Київ, «Здоров'я», 1992, стор. 17, фіг.12); фіксує крижі і тазові кістки однією рукою, а другою рукою, долоня якої підкладена під коліно, а її великий палець накладений на підколінну ямку, переміщує в площині кушетки коліно до перпендикулярного осі тіла положення стегна попередньо зігнутої в колінному суглобі кінцівки до зіткнення медіальним боком її стопи з кушеткою, трохи піднімає стегно над кушеткою і приводить до ребер з відповідного боку тіла із зусиллям, направленим до кульшового суглоба; фіксує клубову кістку долонею однієї руки з опорою її передпліччя на міжлопаткову ділянку, а другою рукою трохи піднімає відповідну кінцівку за передню поверхню коліна над кушеткою, надавлює на нього із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, і обертає головку в западині туди-назад, а потім приводить стегно до ребер з відповідного боку тіла і випрямляє кінцівку в площині, паралельній кушетці; фіксує крижі однією рукою, а другою рукою приводить в площині кушетки (наступне відомо, стор. 25, фіг.46) до ділянки промежини п'ятки стоп, попередньо з'єднаних разом підошовними поверхнями; наступне є новим; фіксує подушечками великого і середнього пальців однієї руки нижні задні клубові ості симетрично, а другою рукою розхитує кінцівки, попередньо з'єднані разом із захватом їх за тильні поверхні стоп, причому періодично збільшує амплітуду розхитування і кут над площиною кушетки; фіксує поперекову ділянку долонею однієї руки, а подушечкою великого пальця другої руки періодично надавлює спочатку по клубовому гребеню від нижньої задньої клубові ості до верхньої передньої і навколо кульшового суглоба, а потім надавлює з обертанням по лобковій дузі з виходом на головку стегна кінцівки, стегно якої попередньо приведено до ребер; дитина лежить на боці, фіксує поперекову ділянку однією рукою, палець якої розташовує над передньою верхньою клубовою остю, а другою рукою приводить стегно, із захватом за коліно, до ребер з відповідного боку тіла і надавлює на нього із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, ротує кінцівку назовні з приведенням коліна до великого пальця першої руки, а потім всередину із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, обертає головку в западині туди-назад, випрямляє кінцівку з її витягуванням в площині, паралельній кушетці і, одночасно, при цьому піднімає головку в западину подушечкою великого пальця першої руки; фіксує міжлопаткову ділянку однією рукою, палець якої направлені в бік нижніх кінцівок, а нижньою частиною долоні другої руки, пальці якої направлені так же, надавлює почергово на крижово-клубовий суглоб то з одного боку, то з другого із зусиллям, направленим до відповідної нижньої кінцівки; фіксує зап'ястя витягнутої вперед за голову верхньої кінцівки і голову однією рукою, передпліччя якої попередньо накладає на повернуту на бік голову, її мизинцем і безіменним пальцями, з'єднаними разом, охоплює зап'ястя з латерального боку, середнім пальцем з медіального його боку, а долонею другої руки розгладжує одним безперервним рухом відповідний витягнутій руці бік тіла від зап'ястя до кінчиків пальців нижньої кінцівки і при цьому витягує її, охоплюючи з латерального і медіального боків пальцями з корекцією стопи підошовним боком п'ятки вгору; здійснює оперативний контроль, для чого надавлює зустрічно на кульшові суглоби великим і середнім пальцями руки, нижньою частиною долоні якої попередньо фіксує поперекову ділянку і контролює при цьому взаємне розташування головок і западин, беручи до уваги положення медіальних боків стоп; зводить зустрічним рухом своїх рук верхню і відповідну їй нижню кінцівки дитини, попередньо трохи піднявши її до провисання над кушеткою із захопленням за зап'ястя і відповідний гомілковостопний суглоб і контролює рухомість верхньої і нижньої кінцівки по больовому відчуттю; контролює скорочення кінцівок і обмеження відведення стегна прийомом зовнішнього огляду; ротує обидві кінцівки назовні до можливої межі, попередньо охопивши долонями обох рук коліна, надавлює на них із зусиллям, направленим одночасно вниз і до кульшових суглобів, і контролює при цьому симптом зісковзування; фіксує низ живота однією рукою, великий палець якої накладає на стегно нижньої кінцівки, яку приводить до низу живота другою рукою із захватом за передню поверхню коліна, потім ротує назовні до зіткнення з кушеткою, надавлює на коліно із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, в площині, паралельній кушетці, а потім ротує кінцівку всередину і, одночасно, випрямляє її з витягуванням і контролює співвідношення головки і западини; розкачує дитину за верхні кінцівки із захопленням їх за

зап'ястя вперед-назад, попередньо посадивши її на своє стегно з відведеними нижніми кінцівками і контролює при цьому симетричність кістково-м'язового апарату. Домашні процедури із використанням пристрою для реабілітації оператор призначає кожний день протягом всього курсу лікування і після нього і вони включають також купання дитини у трав'яних відварах, втирання в тіло осадку рослинного масла в напрямку від основи шиї до стоп протягом 30хв. і виконання індивідуально підібраних прийомів.

В результаті застосування даного способу скорочуються строки лікування вродженого вивиху стегна за рахунок щоденного комплексного підходу, який поєднує в собі лікувальний вплив з оперативним контролем, які здійснюються оператором з постійно еритмованими подушечками пальців рук, і домашніх процедур з використанням пристрою для реабілітації. Таке поєднання операцій забезпечує створення природних умов для безперервного формування кульшового суглоба, зв'язаних з ним м'язів і зв'язок капсули без штучного обмеження рухової здатності кульшового суглоба, яке приводить до появи рефлекторної больової контрактури і набряків, як, наприклад, при використанні шин (накладаються на 2 - 3 місяці). Введення нової операції оперативного контролю дає можливість оператору коригувати свої дії під час лікувального впливу і після нього і рекомендувати необхідний об'єм домашніх процедур із застосуванням пристрою для реабілітації, що також веде до скорочення строків лікування. Здійснення розслаблення м'язів при виявленні обмеження відведення стегна зменшує витрати часу і дає можливість виявити всі симптоми вродженого вивиху. Склад прийомів лікувального впливу забезпечує поступове вправлення вивиху з відновленням правильного співвідношення головки і западини за рахунок того, що м'язові скорочення стимулюють ріст кісток, так як місця прикріплення м'язів є фізіологічними подразнювачами росту надкісничі, а також за рахунок відновлення природної рухової фази м'язів і скорочення зв'язок капсули, що веде до поступового щадного відновлення рухового стереотипу. До того ж застосування оператором фаланг своїх пальців для обмеження переміщення частин тіла при лікувальному впливі виключає травмування дитини.

Суть винаходу-пристрою для реабілітації полягає в тому, що він складається із тренувальної доріжки з розділювальним ребром в центральній площині симетрії, що відомо. Наступне є новим: тренувальна доріжка складається із секцій прямолінійної і (або) криволінійної форми; в свою чергу кожна секція являє собою просторову конструкцію з регулюємим по висоті розділювальним екраном в центральній площині симетрії і з установленими на стійках симетрично відносно неї поручнями з повзунами, облаштованими страховочними ремнями, причому поручні установлені на стійках в зажимах за допомогою кронштейнів, які так же, як і стійки, мають установочні шкали.

В результаті застосування даного пристрою забезпечується примусове відведення нижніх кінцівок за допомогою розділювального екрана до симетричного розташування їх осей відносно серединної площини тіла в процесі тренування, а можливість регулювання розділювального екрана по висоті забезпечує тренування дітей всіх вікових груп. З цієї метою пристрій облаштований регулюємими по висоті і відносно серединної площини симетрії пристрою поручнями з повзунами для самостійного тренування із страховочними ремнями, що забезпечує безпечність тренування. Тренування в даному пристрої сприяє відновленню рухового стереотипу одночасно і верхніх і нижніх кінцівок. Конструктивне вирішення пристрою забезпечує швидкий монтаж тренувальної доріжки у вигляді набору прямолінійних і (або) криволінійних секцій, комбінація яких забезпечує виконання призначеного оператором індивідуального режиму використання пристрою. Секційність тренувальної доріжки дає можливість використовувати її в дошкільних і учбових закладах, а також в домашніх умовах. Індивідуальне налагодження пристрою здійснюють за допомогою установочних шкал, нанесених на стійках і кронштейнах. Даний пристрій універсальний і може бути застосований для лікування других хвороб опорно-рухового апарату з порушенням рухового стереотипу, зокрема при дитячому церебральному паралічі.

Спосіб ілюструється наступними кресленнями: фіг.1 - прийом 1, вид зверху; фіг.2 - прийом 2, вид зверху; фіг.3 - прийом 4, вид збоку; фіг.4 - прийом 5, вид зверху; фіг.5, 6, 7 - прийом 9, вид збоку, збоку, зверху; фіг.8 - прийом 10, вид зверху; фіг.9 - прийом 13, вид зверху; фіг.10 - прийом 21, вид зверху; фіг.11, 12 - прийом 23, вид зверху; фіг.13, 14 - прийом 25, вид збоку; фіг.15 - прийом 27, вид зверху; фіг.16 - прийом 33, вид зверху; фіг.17 - прийом 35, вид зверху; фіг.18, 19 - прийом 37, вид зверху; фіг.20 - прийом 41, вид зверху; фіг.21 - прийом 43, вид зверху; фіг.22 - прийом 45, вид зверху; фіг.23 - прийом 50, вид зверху.

Пристрій ілюструється наступними кресленнями: фіг.24, вид зверху; фіг.25, вид А.

Спосіб складається із наступних операцій: зовнішній огляд, лікувальний вплив, оперативний контроль, домашні процедури з використанням пристрою для реабілітації.

Спосіб здійснює оператор з постійно еритмованими подушечками пальців рук наступним чином. Зовнішній огляд. 1. Дитина лежить на спині. Накладає долоні обох рук на основу шиї. Розгладжує тіло безперервним рухом долоней обох рук спочатку до кінчиків пальців верхніх кінцівок, а потім від основи шиї до кінчиків пальців нижніх кінцівок і, одночасно, при цьому відводить нижні кінцівки великими пальцями обох рук, фіг.1. Повторює розгладжування, періодично збільшуючи кут відведення нижніх кінцівок і виявляє обмеження відведення стегна, 2. Дитина лежить на животі. Охоплює нижні кінцівки за передні по верхні стоп і випрямляє їх. Вирівнює медіальні щиколотки відносно одна одної і по їх зміщенню, фіг.2, виявляє укорочення кінцівок, а також симетричність їх осей відносно серединної площини тіла дитини. 3. Виконує прийом 1, дитина лежить на животі. 4. Охоплює тильні поверхні стоп і розвертає їх до зіткнення медіальних боків з кушеткою. Трохи піднімає гомілки і, одночасно, надавлює на стопи із зусиллям, направленим до колін, притискаючи їх до кушетки, зводить стопи до зіткнення п'яток і опускає їх на кушетку, фіг.3. Підкладає середні фаланги вказівних пальців з опорою на їх основи на кушетку під передні верхні клубові ості і виявляє симетричність розташування тазових кісток. 5. Дитина лежить на спині. Накладає долоню однієї руки на низ живота, а подушечки її великого і вказівного пальців на передні верхні клубові ості, а другою рукою охоплює одну кінцівку за верхню частину передньої ділянки гомілки. Фіксує передні верхні клубові ості першою рукою, а другою рукою піджимає литку до задньої ділянки стегна, фіг.4. Ротує кінцівку назовні до зіткнення основи середньої фаланги вказівного пальця з кушеткою і виявляє при цьому обмеження зовнішньої ротації кінцівок і симптом зісковзування: при клацанні в суглобі робить висновок про наявність симптому зісковзування. Те ж саме з другою кінцівкою. 6. Дитина лежить на животі. Витягує одну верхню кінцівку вперед за голову, а потім так же другу. Витягує обидві верхні кінцівки одночасно і виявляє їх рухомість, а також симетричність відносно серединної площини тіла дитини. Охоплює кисті дитини

пальцями своїх рук, причому великими пальцями за долонну поверхню, з'єднує долонні поверхні разом, тягне їх на себе і по зміщенню їх відносно одна одної виявляє укорочення верхніх кінцівок. 7. Оператор накладає долоню однієї руки на повернуту на бік голову, а вказівний і середній пальці другої руки установлює на поперечні відростки хребтового стовбура у верхній частині шиї. Фіксує голову першою рукою, а другу руку переміщує вздовж хребтового стовбура до ділянки промежини, злегка натискаючи на поперечні відростки хребців подушечками пальців рук, і виявляє при цьому контактно-безконтактно сколіоз хребтового стовбура. 8. Накладає долоню однієї руки на крижі, а середній і великий пальці цієї ж руки установлює на верхні задні клубові ості, а середній палець другої руки, направлений в бік нижніх кінцівок, накладає на куприк. Фіксує крижі першою рукою, а другою рукою надавлює на куприк і виявляє направленість його відносно серединної площини тіла дитини. Лікувальний вплив. 9. Дитина лежить на спині. Накладає долоню однієї руки на живіт, причому подушечки великого і вказівного пальців цієї руки установлює на передні верхні клубові ості, а долонею другої руки охоплює одну кінцівку за верхню частину передньої ділянки гомілки. Фіксує клубові кістки однією рукою, а другою рукою підймає литку до задньої ділянки стегна і надавлює на коліно із зусиллям, направленим до кульшового суглоба і, одночасно, приводить стегно до живота до зіткнення його з відповідним пальцем першої руки, фіг.5. Повторює цей рух декілька раз. Потім переустановлює долоню другої руки на передню ділянку коліна цієї ж кінцівки і стискує його пальцями, тягне коліно вгору і надавлює на нього в напрямку до кульшового суглоба, фіг.6, і, одночасно, ротує кінцівку назовні до зіткнення основи середньої фаланги вказівного пальця з кушеткою, а потім випрямляє кінцівку і витягує її, фіг.7. Те ж саме з другою нижньою кінцівкою. 10. Дитина лежить на животі. Установлює подушечки всіх пальців однієї руки навколо кульшового суглоба, фіг.8. Надавлює навколо кульшового суглоба з формуючим, стискаючим зусиллям, направленим до його центра і періодично обертає кисть руки навколо нього туди-назад. Те ж саме з другою кінцівкою. 11. Дитина лежить на спині. Охоплює долонями обох рук верхні частини передніх ділянок гомілок. Приводить стегна до живота, ротує кінцівки назовні з надавлюванням обома руками в напрямку до кульшових суглобів до зіткнення основ середніх фаланг середніх пальців з кушеткою, а потім з'єднує обидві кінцівки і випрямляє їх з витягуванням в площині паралельній кушетці. 12. Дитина лежить на животі. Виконує прийом 10. 13. Дитина лежить на спині. Оператор зліва від дитини. Підкладає долоню однієї руки під крижі, охопивши їх пальцями, а другою рукою охоплює кінцівки, зведені разом, за нижні частини задніх ділянок гомілок, при цьому подушечки великого і вказівного пальців розташовує на латеральних щиколотках, а вказівним пальцем розділяє медіальні щиколотки. Надавлює на крижі пальцями першої руки вгору-вниз, а потім від себе-до себе і, одночасно, другою рукою переміщує кінцівки до себе-від себе відповідно до зіткнення основ середніх фаланг середніх пальців з кушеткою, фіг.9. 14. Дитина лежить на животі. Виконує прийом 10. 15. Виконує прийом 1. 16. Виконує прийом 10. 17. Дитина лежить на спині. Оператор зліва від дитини. Охоплює однією рукою нижні кінцівки за верхні частини тильних ділянок стоп, а другою рукою, її великим і середнім пальцями, охоплює нижню частину задньої ділянки шиї. Згинає кінцівки і приводить їх до живота першою рукою, а другою рукою нахиляє голову дитини вперед. Фіксує цю позу обома руками одночасно, а потім показує дитину вперед-назад. 18. Дитина лежить на животі. Виконує прийом 10. 19. Установлює обидві руки долонями вниз над головою. Переміщує їх вздовж тіла від голови до кінчиків пальців нижніх кінцівок, при цьому долонна поверхня кисті однієї руки прикриває тильну поверхню кисті другої руки, яка робить кругові рухи. 20. Виконує прийом 10. 21. Витягує обидві верхні кінцівки дитини вперед за голову. Однією рукою охоплює верхню кінцівку дитини за зап'ястя, а долоню другої руки накладає на цю ж кінцівку вище зап'ястя. Фіксує першою рукою зап'ястя, а другою рукою розгладжує відповідну сторону тіла до стопи і, одночасно, розвертає, її підшовною поверхнею п'ятки вгору, фіг.10. Те ж саме з другого боку тіла. Потім переустановлює першу руку на потиличну ділянку повернутої на бік голови, а вказівний і середній пальці другої руки установлює біля основи шиї з боку від хребтового стовбура, протилежному повороту голови. Притримує голову першою рукою, а пальцями другої руки проводить, злегка натискаючи ними, вздовж хребтового стовбура із виходом за ділянку промежини. Те ж саме з другого боку від хребтового стовбура. 22. Виконує прийом 10. 23. Накладає долоню однієї руки на крижі, а другою рукою охоплює кінцівку під передньою ділянкою коліна, великий палець якої накладає на підколінну ямку. Фіксує першою рукою крижі і тазові кістки, а другою рукою згинає кінцівку в колінному суглобі до зіткнення медіального боку її стопи з кушеткою, фіг.11. Переміщує коліно в площині кушетки до перпендикулярного осі тіла положення стегна, трохи піднімає його над кушеткою і приводить до ребер з відповідного боку тіла із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, фіг.12. Те ж саме з другого боку тіла. Те ж саме одночасно з двома нижніми кінцівками. 24. Виконує прийом 10. 25. Накладає передпліччя однієї руки на міжлопаткову ділянку дитини, долонею цієї ж руки охоплює клубову кістку, а долонею другої руки охоплює передню поверхню коліна відповідної кінцівки. Фіксує клубову кістку першою рукою з опорою її передпліччям на міжлопатковій ділянці, а другою рукою трохи піднімає кінцівку над кушеткою, надавлює на передню поверхню коліна із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, обертає головку в за падінні туди-назад, фіг.13. Приводить стегно до ребер із відповідного боку тіла і випрямляє кінцівку в площині, паралельній кушетці, фіг.14. Повторює приведення стегна без обертання в кульшовому суглобі. Те ж саме з другою кінцівкою. 26. Виконує прийом 10. 27. Відводить нижні кінцівки і з'єднує разом їх підшовні поверхні п'яток, при цьому медіальні боки стоп торкаються кушетки. Охоплює долонею однієї руки обидві стопи на ділянці гоміловостопних суглобів, а долоню другої руки накладає на крижі. Приводить першою рукою п'ятки до ділянки промежини, а другою рукою, одночасно, надавлює на крижі, фіг.15. 28. Виконує прийом 10. 29. Установлює подушечки великого і середнього пальців однієї руки на нижні задні клубові ості симетрично, а долонею другої руки охоплює стопи обох кінцівок за тильні поверхні. Фіксує подушечками пальців першої руки нижні задні клубові ості і, одночасно, другою рукою розкачує кінцівки, періодично збільшуючи кут над площиною кушетки і амплітуду розкачування. 30. Виконує прийом 10. 31. Виконує прийом 19. 32. Виконує прийом 10. 33. Накладає долоню однієї руки на поперековий відділ хребтового стовбура, а подушечку великого пальця другої руки установлює на ділянці нижньої задньої клубової ості. Фіксує першою рукою поперековий відділ, а подушечкою великого пальця другої руки періодично надавлює з обертанням по клубовому гребеню до верхньої передньої клубової ості, а потім навколо кульшового суглоба, фіг.16. Те ж саме з другою кінцівкою. 34. Виконує прийом 10. 35. Дитина лежить на спині. Підкладає долоню однієї руки під поперековий відділ, а

другою рукою охоплює коліно і приводить стегно до ребер. Фіксує першою рукою поперековий відділ, а подушечкою великого пальця другої руки періодично надавлює з обертанням по лобковій дузі з виходом на головку, фіг.17. Те ж саме з другою кінцівкою. 36. Дитина лежить на животі. Виконує прийом 10. 37. Дитина лежить на боці спиною до оператора. Охоплює долонею однієї руки поперекову ділянку, розташовуючи пальці над передньою верхньою клубовою остю, а другою рукою охоплює коліно відповідної кінцівки і приводить її до ребер. Фіксує першою рукою клубовий гребінь, а другою рукою надавлює на коліно в напрямку до кульшового суглоба, потім ротує кінцівку назовні і приводить стегно до великого пальця першої руки, фіг.18, ротує кінцівку всередину із зусиллям, направленим до кульшового суглоба, а потім обертає головку в западині туди-назад, фіг.19, і випрямляє кінцівку з витягуванням в площині, паралельній й кушетці і, одночасно при цьому, подушечкою великого пальця першої руки піджимає головку в западину. Те ж саме з другою кінцівкою. 38. Дитина лежить на животі. Виконує прийом 10. 39. Витягує верхні кінцівки вперед за голову. Накладає долоню однієї руки на міжлопаткову ділянку, а другою рукою охоплює стопи за задні гомілковостопні ділянки, причому подушечки великого і середнього пальців розташовує на латеральних щиколотках, а вказівний палець між медіальними щиколотками. Фіксує міжлопаткову ділянку першою рукою, а другою рукою розкачує кінцівки, поступово збільшуючи амплітуду розкачування і кут над площиною кушетки. 40. Виконує прийом 10. 41. Накладає одну руку на міжлопаткову ділянку, пальці кисті якої направлені до нижніх кінцівок, а нижню частину долоні другої руки, пальці якої направлені так же, установлює на крижово-клубовий суглоб з одного його боку. Фіксує першою рукою міжлопаткову ділянку, а другою рукою надавлює на суглоб із зусиллям, направленим до відповідної нижньої кінцівки, фіг.20. Те ж саме з другого боку тіла. 42. Виконує прийом 10. 43. Витягує верхню кінцівку вперед за голову. Охоплює однією рукою зап'ястя витягну тої верхньої кінцівки пальцями, причому з латерального його боку мізинцем і безіменним пальцями, з'єднаними разом, а з медіального його боку середнім пальцем, а передпліччя цієї ж руки накладає на повернуту на бік голову. Долоню другої руки накладає на передпліччя витягнутої верхньої кінцівки. Фіксує першою рукою зап'ястя і голову, а другою рукою розгладжує відповідний витягнутій верхній кінцівки бік тіла до кінчиків пальців нижньої кінцівки, яку розгладжує з витягуванням, охоплюючи з латерального і медіального боків пальцями із корекцією п'ятки підошовною поверхнею вгору, фіг.21. Те ж саме з другого боку тіла. 44. Виконує прийом 10. Оперативний контроль. 45. Накладає долоню однієї руки на поперекову ділянку, причому великий і середній пальці цієї руки установлює на кульшові суглоби симетрично. Надавлює великим і середнім пальцями зустрічно, фіг.22. і контролює при цьому взаємне розташування головок і западин, приймаючи до уваги положення медіальних боків стоп. 46. Дитина лежить на спині. Долонею однієї руки охоплює зап'ястя, а долонею другої руки охоплює гомілковостопний суглоб відповідної нижньої кінцівки. Трохи піднімає одночасно обома руками дитину над кушеткою до вільного провисання над нею. Зводить зустрічним рухом своїх рук верхню і відповідну їй нижню кінцівки і контролює при цьому їх рухомість, приймаючи до уваги больові відчуття дитини. 47. Дитина лежить на животі. Виконує прийом 2 і контролює при цьому укорочення нижніх кінцівок. 48. Виконує прийом 3 і контролює при цьому обмеження відведення стегна. 49. Дитина лежить на спині. Охоплює передні ділянки колін долонями рук. Ротує стегна назовні до можливої межі і надавлює на передні ділянки колін одночасно вниз і в напрямку до кульшових суглобів і контролює при цьому симптом зісковзування. 50. Накладає пальці однієї руки на низ живота, причому великий палець цієї ж руки накладає на стегно однієї кінцівки, а долонею другої руки охоплює передню ділянку коліна цієї ж кінцівки, яку потім згинає в колінному суглобі і при водить до живота. Фіксує низ живота першою рукою, а другою рукою ротує кінцівку назовні до зіткнення з кушеткою, надавлює на передню ділянку коліна із зусиллям, направленим до кульшового суглоба в площині, паралельній кушетці, а потім ротує стегно всередину і одночасно випрямляє кінцівку з витягуванням, фіг.23, і контролює співвідношення головки і западини. Те ж саме з другою кінцівкою. 51. Виконує прийом 1 і контролює при цьому обмеження відведення стегна. 52. Дитина сидить на стегні оператора з відведеними нижніми кінцівками по обидва його боки. Охоплює верхні кінцівки дитини за зап'ястя. Розкачує тулуб дитини вперед-назад і контролює при цьому симетричність кістково-м'язового апарату, - при зісковзуванні дитини із стегна оператор робить висновок про недостатню тренованість м'язів і зв'язок капсул кульшових суглобів. Домашні процедури з використанням пристрою для реабілітації: оператор призначає кожний день, протягом всього курсу лікування і після нього домашні процедури з вказуванням режиму використання пристрою для реабілітації, який включає конфігурацію і кількість секцій тренувальної доріжки, висоту розділювального екрана і час необхідний для тренування. Домашні процедури включають також купання дитини у трав'яних відварах, втирання в тіло осадку рослинного масла в напрямку від шиї до стоп протягом 30хв. і виконання індивідуально підібраних прийомів. Після закінчення курсу оператор призначає контрольний сеанс, на якому виконує прийоми оперативного контролю, після чого робить висновок про необхідність повторного курсу.

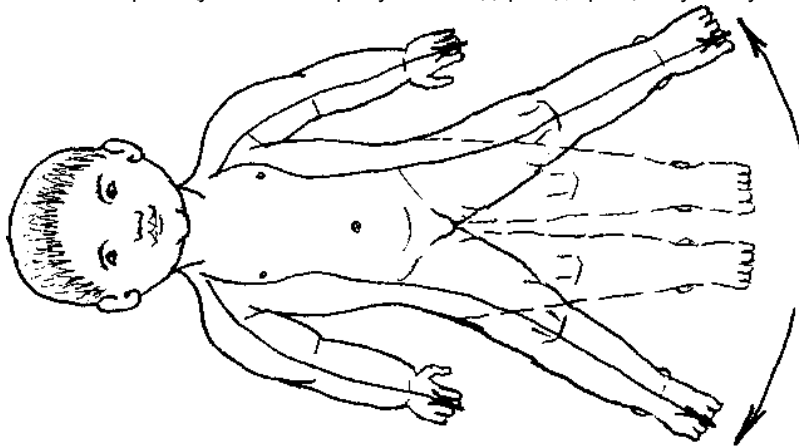
Пристрій для реабілітації, фіг.24, складається із необхідної кількості прямолінійних поз.1 і криволінійних поз.2 секцій, кожна з яких містить, фіг.25, розділювальний екран поз.3, прикріплений до підлоги поз.4, і два поручні поз.5, кожний із котрих обладнаний повзунами поз.6 із страховочними ремнями поз.7 і установлений на стійках поз.8 за допомогою кронштейнів поз.9 і зажимів поз.10, кожний із яких в свою чергу має втулку поз.11 із зажимним болтом поз.12 під стійку, яка має установочну шкалу поз.13, і втулку поз.14 із зажимним болтом поз.15 під кронштейн, який має установочну шкалу поз.16.

Приклад 1. Хвора Ш.Д., рік народження 1998. Проїшла обстеження 29.03.99. в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Одеси. Діагноз: двосторонній вивих стегна, порушення рухового стереотипу верхніх кінцівок. Назначення: відвідна шина. Проїшла обстеження 30.04.99. на кафедрі хірургії, ортопедії і травматології дитячого віку, м. Одеси. Назначення: носити шину не знімаючи. Огляд через тиждень. Батьки від застосування шини відмовились і з 01.05.99. дитина у віці 8,5 місяців пройшла курс із трьох сеансів по запропонованому способу в повному об'ємі. Щоденні домашні процедури склалися: тренування в пристрою для реабілітації, який має дві прямолінійні секції, при цьому довжина тренувальної доріжки 2м, без розділювального екрана, час тренування 30хв. з переривами протягом дня; виконання прийомів, які включають обертання головок в западинах і інші процедури відповідно способу. Через тиждень призначений контрольний зовнішній огляд, а потім ще два сеанси з контрольним зовнішнім оглядом між ними. У віці 9,5 місяців зроблена R-графія кульшових суглобів: зберігається децентралізація головок в

межах суглобних западин. Вироблений правильний руховий стереотип верхніх кінцівок, частково відновлений руховий стереотип нижніх кінцівок. Призначений курс із десяти сеансів в повному обсязі, причому домашні процедури із застосуванням тренувальної доріжки, яка складається із чотирьох секцій, довжиною 4м.

Приклад 2. Хворий В. Р., рік народження 1997. У віці 8-9 місяців під час лікарського огляду виявлено порушення рухового стереотипу обох нижніх кінцівок, в більшій степені правої кінцівки. Діагноз: двосторонній вивих стегна. На один місяць накладена гіпсова пов'язка. Після місячного перериву накладена гіпсова пов'язка повторно. Потім були накладені відвідні шини, що не привело до відновлення рухового стереотипу і вправлення вивиху. Було запропоноване оперативне втручання. Батьки від операції відмовились. В березні 1998 року поступив на лікування у віці один рік. При зовнішньому огляді виявлена несиметричність осей нижніх кінцівок відносно серединної площини тіла дитини і надмірний кут їх відведення. Дитина не трималась на ногах. Лікувальний вплив відповідно способу здійснений в обсязі трьох курсів по десять сеансів кожний з перервами в один місяць. Протягом всього цього часу виконувались домашні процедури із застосуванням пристрою для реабілітації. Режим його використання: довжина тренувальної доріжки 4м, секції прямолінійні без розділювального екрана. В результаті здійснено поступове вправлення вивиху із відновленням правильного співвідношення головки і западини. Дитина самостійно могла стояти. Потім була призначена двомісячна перерва, на час якої призначені домашні процедури із застосуванням пристрою для реабілітації. Режим його використання: тренувальна доріжка довжиною 4м із розділювальним екраном, кожний день протягом дня з перервами, а із набору прийомів виключались елементи з ротацією кінцівок назовні. Потім здійснені два курси із двадцяти сеансів кожний в повному обсязі відповідно способу з перервою в два місяці, під час яких хворий виконував кожний день домашні процедури із застосуванням пристрою для реабілітації. В теперішній час дитина ходить, бігає, їздить на велосипеді.

Пристрій для реабілітації працює наступним чином. Здійснюють монтаж тренувальної доріжки фіг.24, 25, яка складається із необхідної кількості прямолінійних і (або) криволінійних секцій поз.1 і поз.2 відповідно, для чого до підлоги поз.4 закріплюють розділювальний екран поз.3 і установлюють симетрично відносно його площини стійки поз.8. Здійснюють індивідуальну настройку пристрою, для чого виставляють розділювальний екран на необхідну висоту (залежить від довжини гомілки). Потім, фіг.25, по установочним шкалам поз. 13 виставляють необхідну висоту поручнів поз.5 над рівнем підлоги, яка дорівнює віддалі від рівня підлоги до пахвених западин дитини, а по установочним шкалам поз.16 поручні виставляються симетрично центральній площині симетрії, яка проходить через розділювальний екран, при цьому приймається до уваги ширина плечей дитини. Фіксують положення поручнів зажимними болтами поз.12 і поз. 15 відповідно. Установлюють дитину на підшовні поверхні стоп на підлогу на початку тренувальної доріжки так, щоб серединна площина тіла дитини збігалася з центральною площиною симетрії, при цьому розділювальний екран розташовується між нижніми кінцівками. Накладають верхні кінцівки дитини на повзуни поз.6 і фіксують плечі страхувальними ремнями поз.7. Дитина захоплює поручні кистями рук і починає переміщуватися по тренувальній доріжці, при цьому повзуни ковзають по поручням.



Фіг. 1

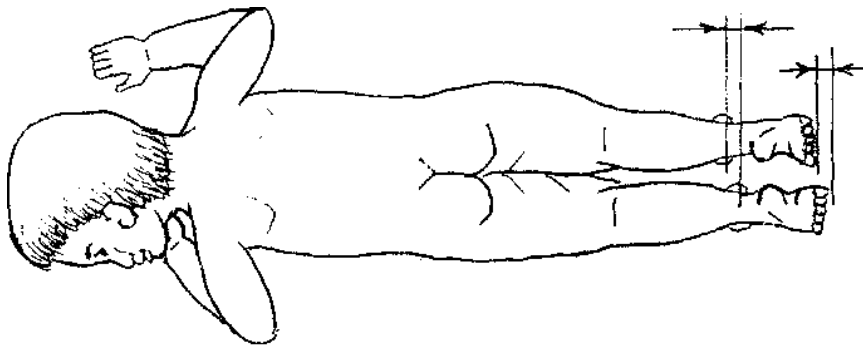


Fig. 2

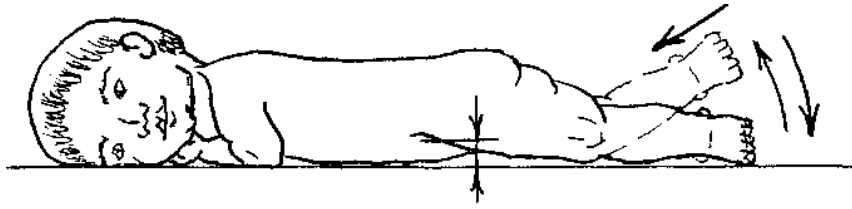


Fig. 3

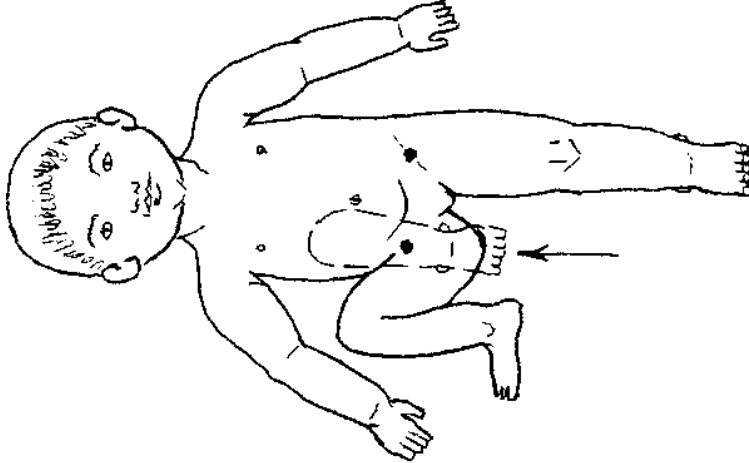


Fig. 4

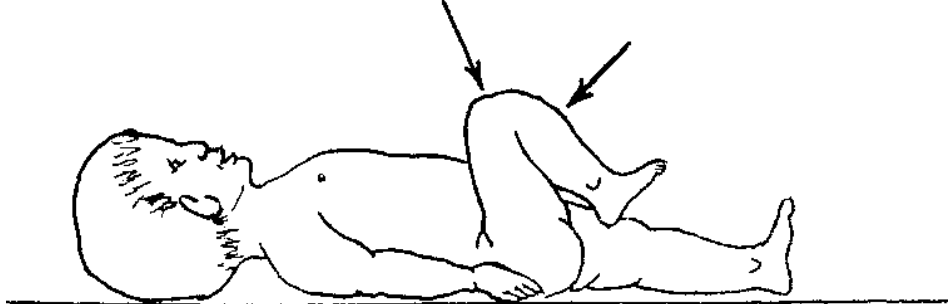


Fig. 5

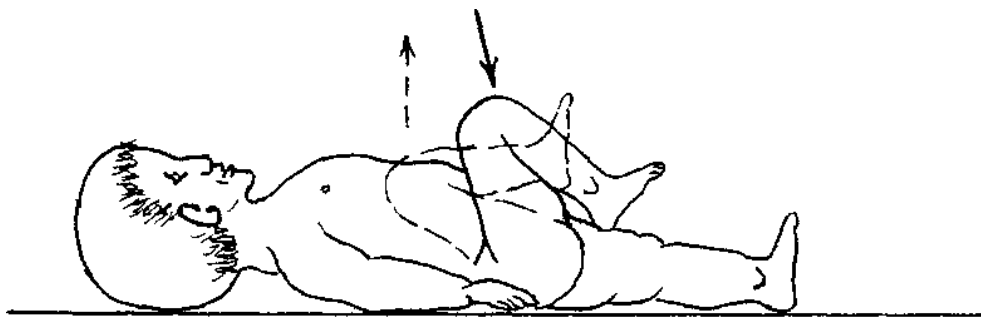


Fig. 12.6

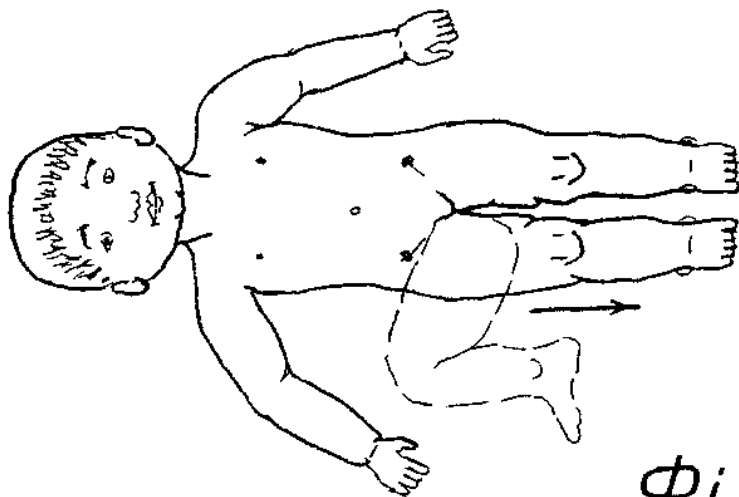


Fig. 12.7

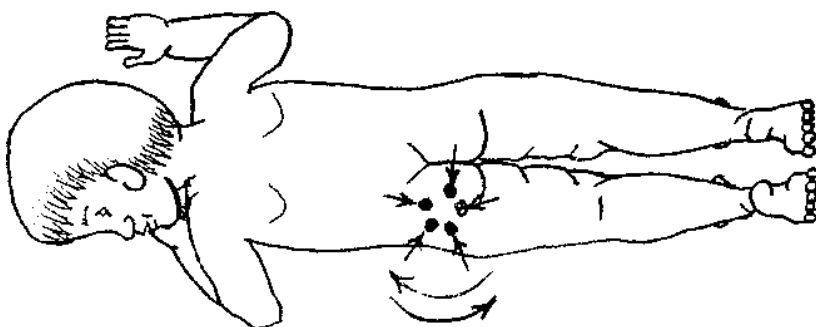


Fig. 12.8

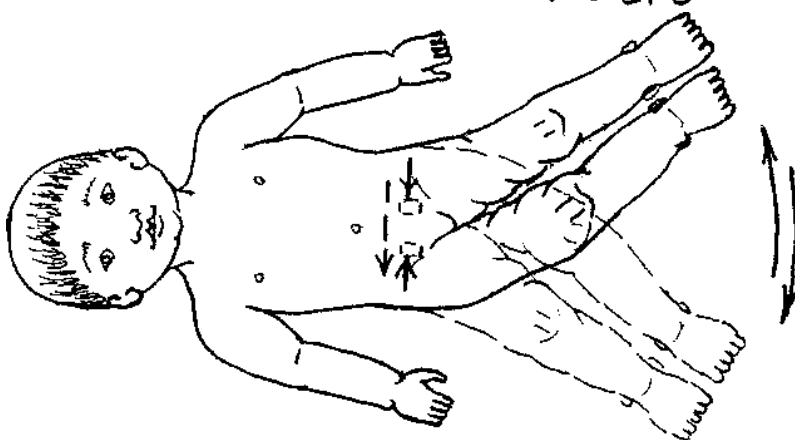


Fig. 12.9

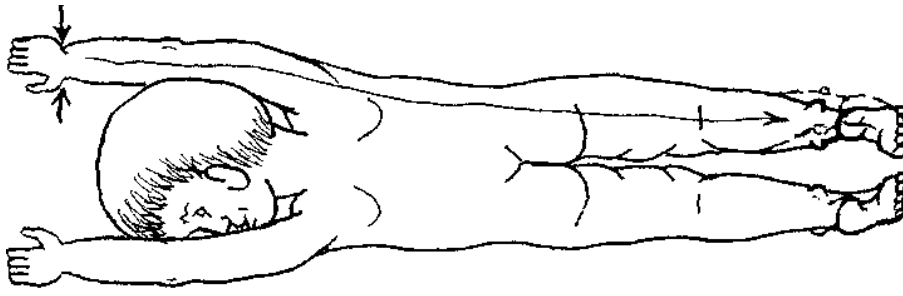


Fig. 10

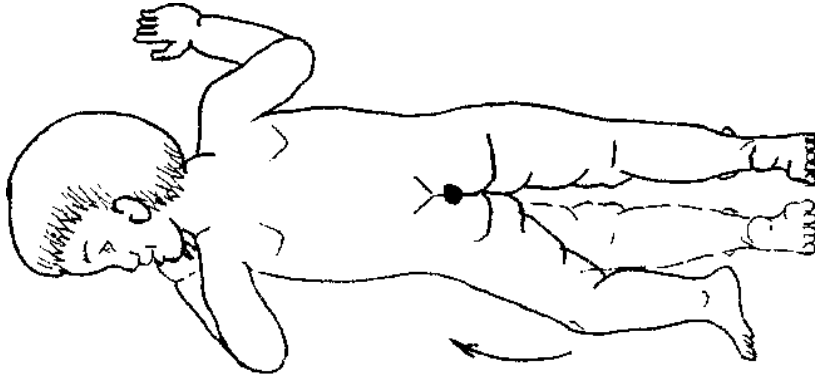


Fig. 11

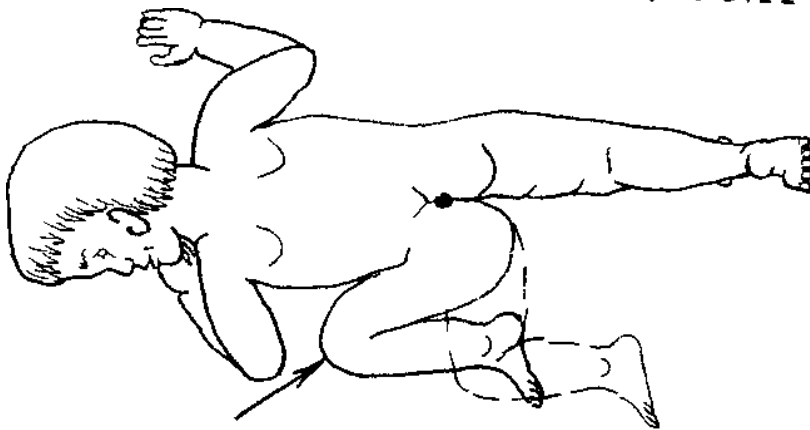


Fig. 12

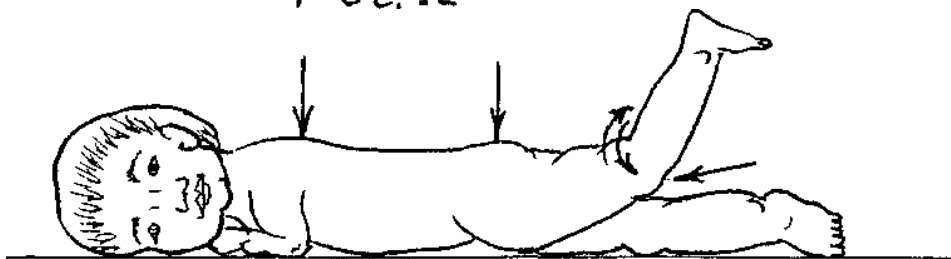


Fig. 13

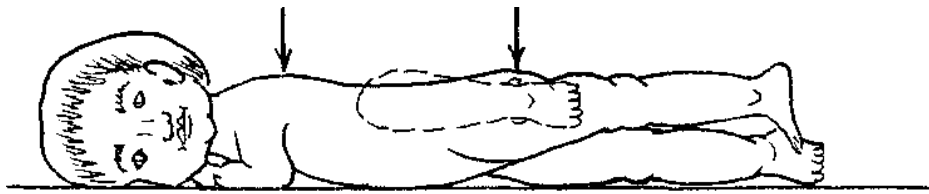


Fig. 14

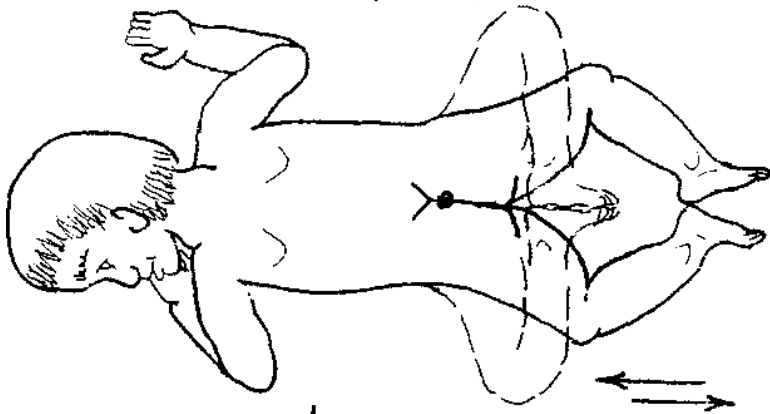


Fig. 15

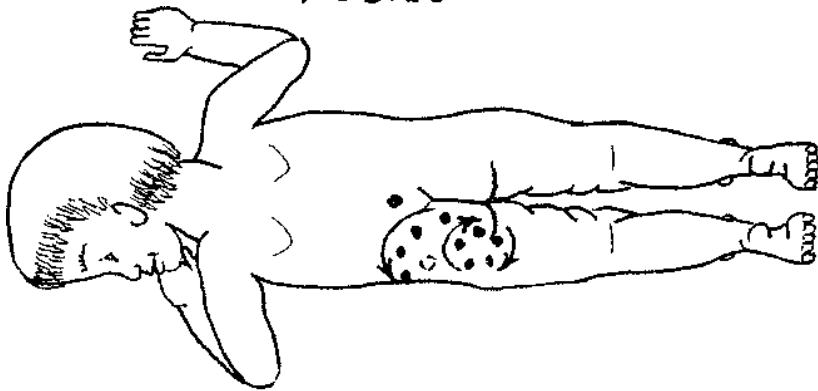


Fig. 16

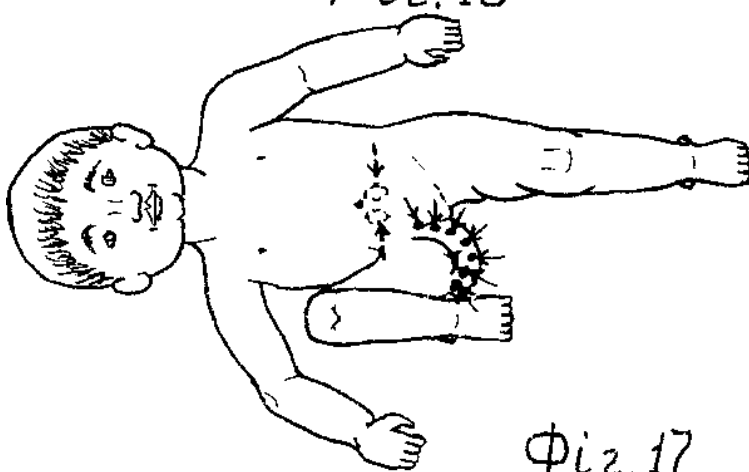


Fig. 17

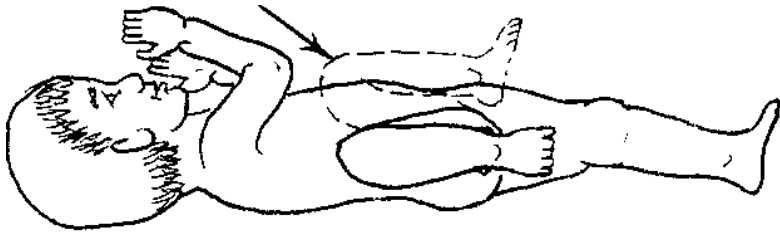


Fig. 18



Fig. 19

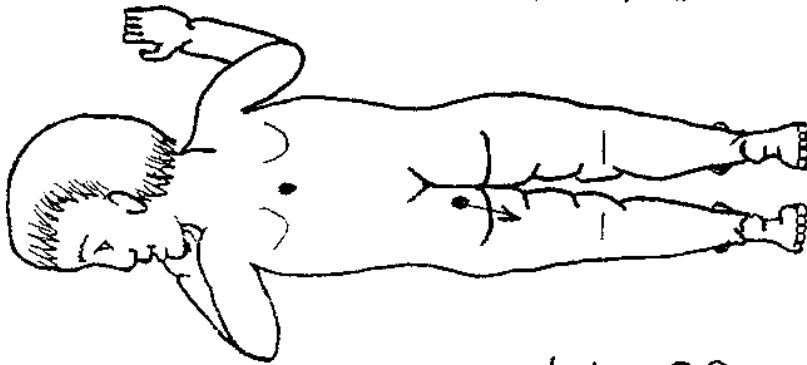


Fig. 20

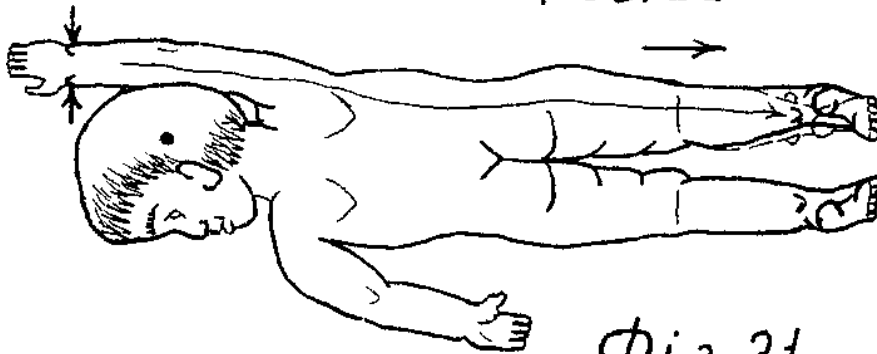


Fig. 21

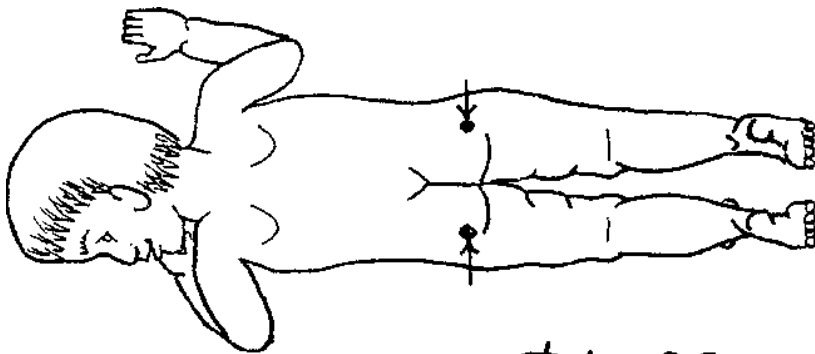
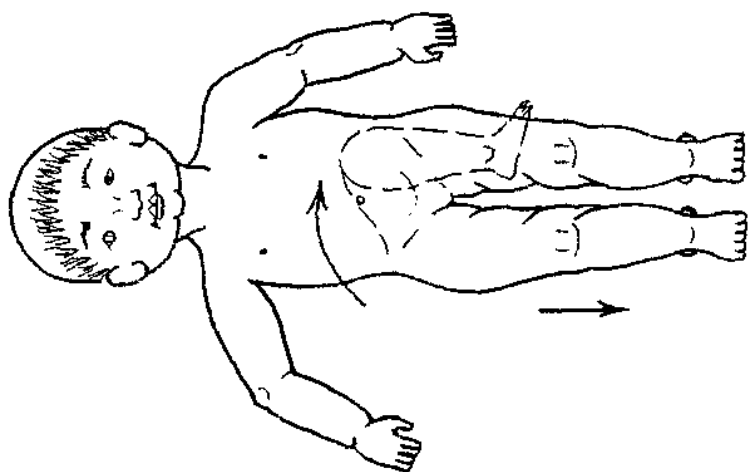
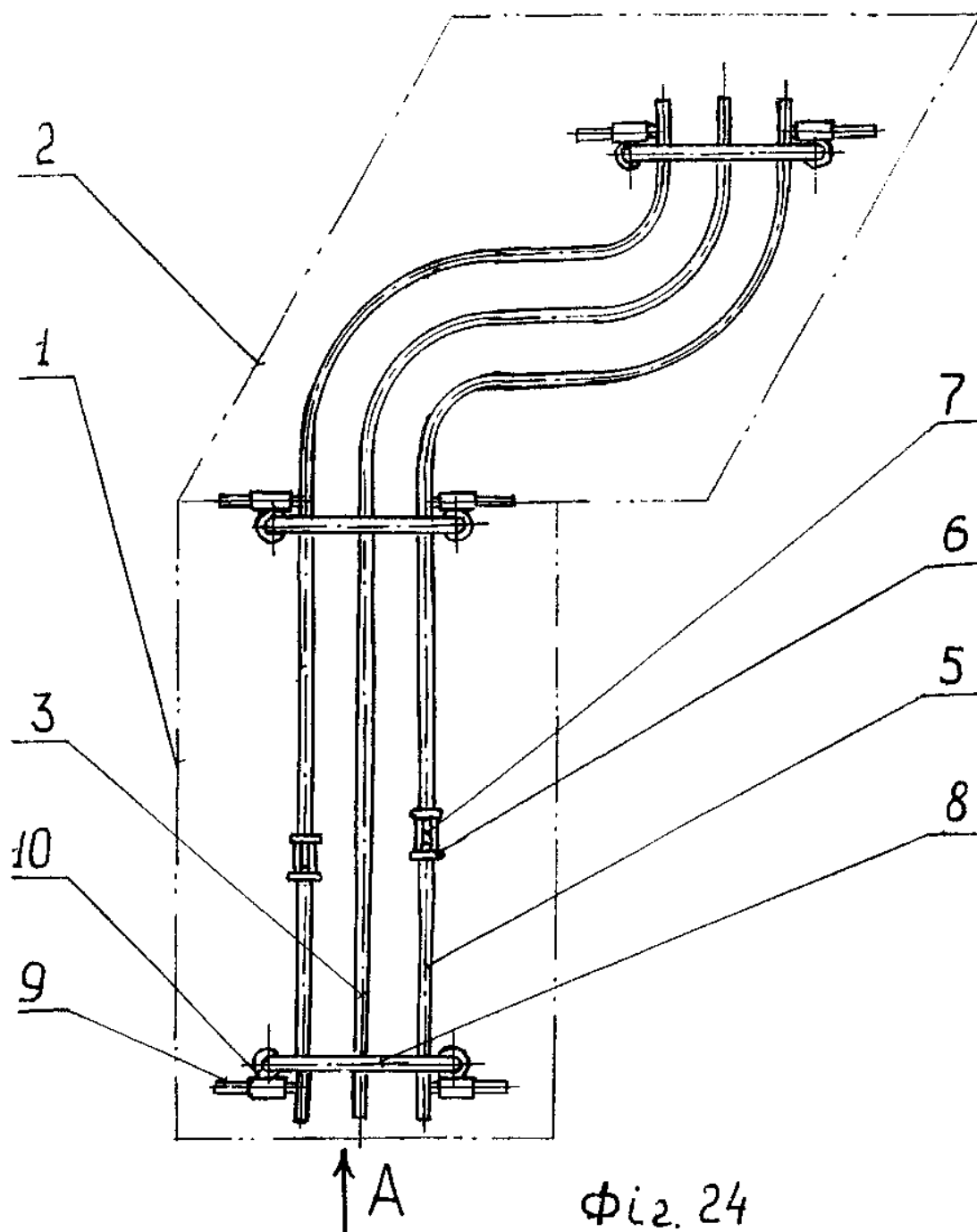
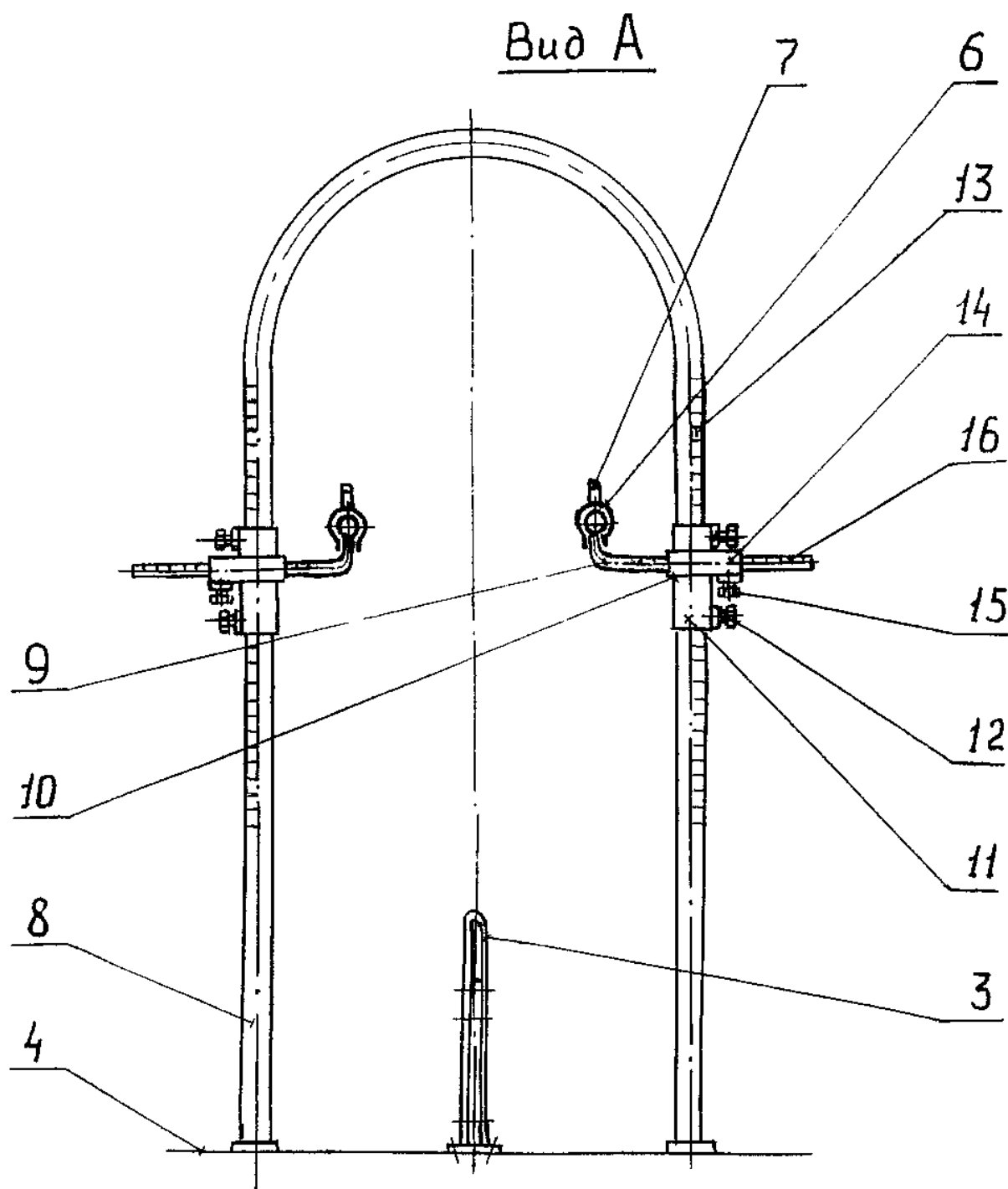


Fig. 22



Фиг. 23





Фиг. 25