

створення певного фізичного стану, що забезпечує нормальне функціонування людського організму.

Тому зростає значення фізичної рекреації в якості необхідного компонента життя і діяльності людей, дозволяючи задовольняти їх природні біологічні потреби в русі. Активізація на цій основі фізичного стану і розвиток організму, зміцнення здоров'я забезпечують фізичну дієздатність, необхідну в складних умовах життя [1].

Слід враховувати і ту обставину, що всі види і форми фізичної рекреації допомагають раціонально використовувати вільний час, боротися з негативними явищами в поведінці, підвищують працездатність, розширюють і збільшують функціональні можливості організму, допомагають боротися з несприятливими умовами трудової діяльності або впливом характеру праці.

Відмінність фізичної рекреації від занять фізкультури пролягає у тому, що фізична рекреація покликана відновлювати сили - фізичні, моральні та духовні, тобто , після якоїсь діяльності людини, щоб мало бути доцільним провести реакційний відпочинок. Але вона не має бути спрямована тільки на відновлення сил, втрачених у процесі праці, у нас на меті має бути відновлення сил для більш широкого значення.

Перспективними напрямками формування і розвитку здорового способу життя вважають реалізацію державних програм розвитку фізичної культури, спорту і туризму, особливо з рекреації й активного відпочинку з використанням нових оздоровчих технологій, впровадження у побут оздоровчо-спортивного туризму, сімейних рекреаційних екскурсій, походів вихідного дня тощо [4].

Висновки. Отже, дозвілля і фізична рекреація є важливим на сьогодні фактором розвитку та вдосконалення фізичного, психоемоційного, морального, духовного стану людини. На мою думку, молодь має розвиватися всебічно, відкривати для себе нові можливості, нові горизонти, бути духовно наповненим та фізично розвиненим. Тому реакція найбільш чітко може розкрити і розвивати молоде покоління.

Література.

1. Видрін В.М. Фізична рекреація – вид фізичної культури / В.М. Видрін, А.Д. Джумаєв // Теор. і практ. фіз. культ., 1989. №3, с. 2-3.
2. Корольчук А.П. Вплив рекреаційно-оздоровчої рухової активності на процес адаптації до навчання і зміцнення здоров'я студентської молоді/ А.П. Корольчук // Фізична культура, спорт та здоров'я нації. - 2015. – Т. 1. – С. 222 – 228.
3. Корольчук А.П. Вплив занять рекреаційною руховою активністю на фізичну працездатність студентів / Корольчук А.П., Нестерова С.Ю., Мацейко І.І. // Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2017. - № 27-28. – С. 133-139.
4. Круцевич Т.Ю. Історія розвитку фізичної рекреації / Т.Ю. Куцевич, Н.Є. Панчелова, С.Б. Панчелов. – К: Академвидав, 2013 – ст. 160.
5. Рижкін Ю.Е. Психолого-педагогічні основи фізичної рекреації: навч. посіб./ Ю.Е.Рижкін – СПб: РГПУ ім. Герцена. 1997 – ст. 36 .
6. Рижкін Ю.Е. Фізична рекреація у сфері дозвілля людини [Електронний ресурс] / Ю.Е.Рижкін // теорія і практика фізичної культури і навч.-теорет. журн- 2002 - №5-Режим доступа: <http://lib.sportedu.ru/Press/TPFK/2002№5/p17-19.htm>

СКОЛІОЗ У ДІТЕЙ: ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА, МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Ліфман Яна

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. Аналіз іноземних та вітчизняних літературних джерел дозволяє стверджувати, що на сьогодні немає єдиного наукового підходу до обґрунтування причин виникнення, патогенезу та лікування сколіозу у дітей.

У статті узагальнено наукові відомості щодо причин виникнення і розвитку сколіозу у дітей; диференціювання видів і форм сколіозу; основних методів діагностики проявів сколіозу; сучасних шляхів профілактики сколіозу та консервативного лікування дітей із сколіотичною хворобою.

Summary. The analysis of foreign and national literature affirms that there is no single scientific approach to study the causes, pathogenesis and treatment of scoliosis in children.

The scientific information of the causes and development of scoliosis in children; the differentiation of types and forms of scoliosis; the main diagnostic methods of manifestations of scoliosis; modern ways of prevention of scoliosis and the conservative treatment of children with scoliotic disease has been summarize in the article.

Актуальність теми. Протягом багатьох століть вчені і лікарі намагаються зрозуміти причини сколіозу, знайти ефективні способи консервативного лікування, а також підібрати потрібні засоби реабілітації. Особливо звертається увага на поширення сколіозу серед дітей [2, 6, 18].

Однак, сучасна медична наука не має гарантованого консервативного методу лікування, який здатний усунути або хоча б призупинити прогресування процесу викривлення хребта. Так само на сьогодні не з'ясована причина викривлення хребта у фронтальній площині а також торсії окремих хребців.

Ряд авторів [4, 11] стверджують, що в переліку усіх відомих порушень постави у дітей, які становлять 90% відхилень від норми з боку опорно-рухового апарату, сколіоз діагностується у 5–6 осіб з тисячі. Сколіотична хвороба є найбільш загрозливим діагнозом, оскільки, на думку Кашуби В. А. [8], ранні ознаки функціональних дефектів постави у новонароджених і дітей грудного віку майже непомітні, і тому занепокоєння викликають уже суттєві, явно виражені структурні деформації хребта. Крім значного косметичного дефекту, сколіотична хвороба спричиняє складні морфологічні та функціональні зміни в системах організму, проявом яких є хвороби респіраторної, серцево-судинної, травної систем; вегето-судинні дистонії, неврологічні й психічні розлади; напруження адаптаційних механізмів, про що свідчать дослідження Корж Н. А. [9], Котешева І. А. [10]. Крім того, морфологічні порушення постави значною мірою знижують прояв потенційних можливостей людини в зрілому віці, обмежують коло вибору професійної освіти, негативно впливають на репродуктивну функцію (є причиною

ускладнень вагітності й пологів у жінок), а їхнє швидке прогресування призводить до ранньої інвалідності.

Як свідчать літературні джерела [2, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 14, 17], позитивний ефект спостерігається під час лікування дітей із сколіозом I і II ступеня, при якому застосовуються різні методики фізичної реабілітації, як правило, у вигляді комплексного лікування.

Однак, існує сучасна революційна наукова теорія, яка кардинально відрізняється від стандартних поглядів на розвиток і лікування сколіозу та формує новий підхід до проблеми – сколіоз I – II ступеня, який намагаються лікувати у дітей, не піддається консервативному лікуванню і, за своєю суттю не потребує його, оскільки є генетично закладеною формою хребетного стовпа, яка має пристосувальний характер [18].

Важливим сьогодні залишається пошук шляхів об'єктивної діагностики порушень постави у фронтальній площині, що набуває виняткової значимості для найбільш ефективної профілактики та оперативного вибору методів лікування прогресуючого сколіозу. Тому саме виявлення на ранньому етапі сколіозу та раннє його діагностування залишається актуальною проблемою.

Мета дослідження: виокремити основні аспекти проблеми етіопатогенезу сколіотичної хвороби у дітей та сучасні підходи до їхньої фізичної реабілітації.

Завдання дослідження: на основі порівняльного аналізу літературних джерел:

- уточнити групи причин виникнення і розвитку сколіозу у дітей;
- диференціювати види і форми сколіозу у дітей;
- визначити основні діагностичні підходи для виявлення особливостей клінічних, ортопедичних і функціональних проявів сколіозу;
- визначити основні шляхи профілактики сколіозу та консервативного лікування дітей із сколіотичною хворобою.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення даних наукової та методичної літератури.

Результати дослідження та їх обговорення. Сколіотична хвороба – системне прогресуюче захворювання, що характеризується диспластичним синдромом, боковим викривленням хребта і торсією хребців. Остання ознака це головна відмінність дійсного сколіозу від інших порушень постави у фронтальній площині.

Крім деформації хребта при сколіозі спостерігається деформація тазу і грудної клітки [16]. Важкість перебігу і клінічна картина сколіозу значною мірою обумовлена порушеннями біоенергетичних процесів організму [6, 9,10]. З розвитком сколіозу страждає зв'язковий апарат хребтових сегментів та паравертебральні м'язи, настають значні структурні і функціональні зміни низки внутрішніх органів і систем організму, залежно від того, в якому сегменті виявлені дискогенні зміни [12, 16].

У складному патогенезі сколіозу виражено страждають органи грудної порожнини, в першу чергу – легені, потім серце і судини. Тяжка деформація

хребта і грудної клітки при сколіозі 3 – 4 ступеня різко погіршує фізіологію зовнішнього дихання і посилює легеневу недостатність. Якщо така недостатність розвивається з раннього дитинства і прогресує в період деформації хребта, то це викликає появу запальних процесів у легенях і зменшує загалом тривалість життя [12, 16, 18]. Сколіоз також може супроводжуватися неврологічними порушеннями й навіть парезами та паралічем унаслідок стиснення нервових корінців [9].

Усе сказане науково обґрунтовує синонімічну назву сколіозу – сколіотична хвороба. Сколіотична хвороба часто призводить до інвалідизації.

Сколіози розділяють на групи за різними ознаками або факторами, тому класифікацій є багато: за патогенетичними, морфологічними ознаками, за типом складності (клініко-рентгенологічна класифікація), формою викривлення та ознакою складності, локалізацією та розвитком процесу тощо [12, 14, 16]. Усі відомі сучасній науці класифікації сколіозів ми об'єднали в одній таблиці (табл.1).

Таблиця 1

Різновиди класифікацій сколіозів

№ з/п	Ознака, покладена в основу класифікації	Види (форми) сколіозів
1	Причина виникнення	<p>I група – нейром'язові сколіози:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сколіози міопатичного походження; • паралітичні – сколіози нейрогенного походження; <p>II група – дискогенні сколіози:</p> <ul style="list-style-type: none"> • диспластичні сколіози; <p>III група – статичні (гравітаційні) сколіози:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рубцеві (зумовлені захворюваннями грудної клітки, що призводять до утворення рубцевої тканини, яка перешкоджає нормальній роботі й положенню хребта); • посттравматичні (як наслідок перенесених травм хребта, грудної клітки, тазу, кінцівок).
2	Морфологічна	<ul style="list-style-type: none"> • структурний сколіоз (дійсний); • функціональний (неструктурний);
3	Форма викривлення та ознака складності	<p>I група – прості сколіози (локальні і тотальні – мала або велика дуга):</p> <ul style="list-style-type: none"> • С-подібний (з однією дугою викривлення хребта); <p>II група – складні сколіози (два і більше відхилення):</p> <ul style="list-style-type: none"> • S-подібний (з верхньою дугою викривлення); • ?-подібний (з 2-ма дугами викривлення у протилежні боки); • Z-подібний (з 3-ма дугами).
4	Напрямок викривлення	<ul style="list-style-type: none"> • лівосторонній; • правосторонній;
5	Локалізація викривлення (класифікація)	<p>1. Прості сколіози:</p> <ul style="list-style-type: none"> • шийний; • шийно-грудний (верхньогрудний);

	Понсеті і Фрідмана)	<ul style="list-style-type: none"> • грудний (вершина викривлення на рівні Th8 – Th9); • грудопоперековий (вершина викривлення на рівні Th11 – Th12); • поперековий (вершина викривлення на рівні L1 – L2); • попереково-крижовий (вершина викривлення на рівні L5 – S1); <p>2. Складні сколіози (комбіновані).</p>
6	Зміна статичної функції хребта	<ul style="list-style-type: none"> • компенсована (урівноважена) форма сколіозу; • некомпенсована (неврівноважена) форма сколіозу.
7	Клініко-рентгенологічна класифікація (за ступенями В.Д. Чакліна, 1957)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ступінь сколіозу. Кут Кобба – 1°–10°; • 2 ступінь сколіозу. Кут Кобба – 10°–25°; • 3 ступінь сколіозу. Кут Кобба – 25°–40°; • 4 ступінь сколіозу. Кут Кобба > 40°.
8	Зміна ступеня деформації	<ul style="list-style-type: none"> • нефіксований (нестабільний) (якщо в положенні лежачи кут сколіозу зменшується); • фіксований (стабільний) (якщо кут сколіозу в положенні пацієнта лежачи і стоячи не змінюється).
9	Протікання (розвиток) клінічного процесу	<ul style="list-style-type: none"> • непрогресувальний сколіоз; • повільно прогресувальний; • прогресувальний сколіоз.
10	Період виникнення	<ul style="list-style-type: none"> • вроджені; • набуті.

Окрему групу становлять ідіопатичні сколіози (невідомої етіології), коли фахівці не можуть визначити першопричину виникнення у дитини викривлення хребта. Як вважає Ченцов В. В. [18], більшість сколіозів у дітей належать саме до цієї групи, оскільки до сьогодні дійсна причина викривлення і торсії хребта у дітей до кінця не з'ясована. Однак, вчені сходяться на думці, що передумов у сколіозу є завжди декілька і основною з них є все таки спадковість, тобто форма хребта дорослої людини закладається в пренатальний період, а точніше в момент злиття чоловічої і жіночої гамет [18].

У кінці 20-го століття в офіційній медицині з'явився діагноз – шкільний сколіоз, оскільки, тривалий час поряд з науково доведеними відомостями про генетичну основу сколіозу, існувала теорія, що фронтальні викривлення хребта з'являються і дітей шкільного віку через «неправильне» сидіння за столом чи партою. Окремі автори вважали, що такий сколіоз піддається лікуванню, а корегувати поставу можна правильним сидінням, стоянням тощо [12]. Однак, кількість дітей із сколіозом з того часу не зменшилася.

У медицині є таке поняття як функціональний сколіоз – це викривлення хребетного стовпа внаслідок виникнення захисного функціонального блоку між хребцевих суглобів в будь-якому сегменті при небезпеці його ушкодження, початкова стадія формування м'язових контрактур. З'являється біль в спині, людина вимушено приймає викривлену позу – формування неправильного рухового стереотипу. Такий «сколіоз» лікується дуже ефективно

консервативними методами, оскільки потребує лише усунення захисного блоку і проведення відновлювальної терапії [16, 18].

Як зазначають фахівці [14, 16] за розвитком процесу розрізняють не прогресуючий, повільно прогресуючий і бурхливо прогресуючий сколіози. Встановлено, що близько 50% виявлених у дитячому віці сколіозів не прогресують і залишаються сколіозами I ступеня; 40% - повільно прогресують; 10% усіх сколіозів бурхливо прогресують – через 2-3 роки сколіоз досягає вже III ступеня розвитку, може супроводжуватися розвитком реберного горба. Значимі викривлення хребта – сколіози III і IV ступеня діагностують у 0,4 – 0,5% дітей, як правило у таких дітей вже при народженні помітне викривлення хребта, як сколіоз I – II ступеня, яке до моменту закриття зон росту досягає рівня сколіозу III і IV ступеня. Статистичні дослідження свідчать, що такий сколіоз ніякими консервативними методами вилікувати неможливо, оперативне лікування дозволяє фіксувати хребет в положенні максимальної корекції, але не дає можливості повного виправлення деформації – сприяє зменшенню дуги сколіозу [16, 18].

Особливо небезпечним під час такої сколіотичної хвороби є пубертатний період розвитку дитини, коли відбувається прискорення розвитку скелета, оскільки визначальну роль відіграє крива швидкості росту кісток. З початком цього вікового періоду протікання сколіозу різко погіршується. Якщо лікування відсутнє, прогресування прискорюється в 4-5 разів. Тому потрібен постійний контроль за ростом дитини [1, 8, 15, 17].

Сучасна медична наука має великий арсенал методів діагностики сколіозу на різних стадіях його розвитку. Усі відомі методи можна розділити на декілька груп. Оцінювання постави з використанням приладів та інструментів передбачають інструментальні методи. Це об'єктивні вимірювальні методи оцінювання сколіозу засновані на визначенні вигинів хребта в лінійних і кутових величинах. Графічні методи засновані на проведенні електроміографії м'язів спини й виявленні асиметрії електричної активності паравертебральних м'язів; вимірювання температурного градієнта в тканинах хребетного стовпа та паравертебральних ділянках за допомогою геліо-неонового лазера, за яким побічно роблять висновок про деформації хребта; радіолокація хребта й спини радіохвилями; топографічні методи.

Наявність та дослідження анатомо-морфологічних змін органів дихання проводять за допомогою рентгенологічних методів (рентгенографії, рентгеноскопії, рентгенокімографії, томографії, бронхоскопії).

Клінічні методи обстеження дають змогу оцінити загальний фізичний розвиток дитини, визначити наявність асиметрії хребетного стовпа та грудної клітки, ступінь розвитку м'язової системи []. Зміни функціональних показників діяльності дихальної системи простежують застосовуючи спірометрію, спірографію, та функціональні проби Штанге, Генчі, Розенталя [9].

Донедавна єдиним об'єктивним способом оцінювання тяжкості сколіозу та визначення ступеня захворювання була рентгенографія хребетного стовпа. Однак на сьогодні з'явилася альтернативна неінвазивна методика діагностики

сколіозу, яка не потребує застосування рентгенівських променів, – комп'ютерна оптична топографія. Цю методику широко застосовують як метод раннього виявлення деформацій хребта та під час контролю ефективності консервативного лікування хворих на сколіоз. Заснована технологія на безконтактному обстеженні пацієнта оптичним методом [15].

З метою раннього виявлення і профілактики появи сколіозів у дітей Бичуком О. І. [1] розроблена технологія біомеханічного контролю постави школярів, таблиці оцінок контролю їхньої постави, рівняння множинної регресії для визначення загального центру мас тіла та сегментів тіла у дітей з урахуванням віку та статі. Розроблена авторська дидактична програма профілактики порушень постави виявилася ефективною щодо позитивної динаміки зміни тонуусу скелетних м'язів.

На думку автора, використання біомеханічних методів контролю і порівняння їх з даними таблиць оцінок, дозволить виявити схильність організму школярів до порушень постави та своєчасно проводити її профілактику у процесі фізичного виховання [1].

Як свідчить великий практичний досвід зібраний у науковій літературі, лікування сколіотичної хвороби складається з трьох взаємопов'язаних ланок: мобілізації викривленого відділу хребта, корекції деформації і стабілізації хребта в положенні досягнутої корекції. Саме остання ланка є визначальною щодо успіху лікування в цілому. Другою метою лікування є усунення патологічних змін внутрішніх органів і систем організму хворого.

Більшість науковців вважають, що зменшення структурної деформації хребців можна досягнути лише тривалим наполегливим лікуванням протягом усього періоду росту хребта з обов'язковим комплексним використанням ортопедичного лікування. На практиці широко використовуються комбінування засобів ЛФК (фізичні вправи), які є головною засобом при сколіозі, а також допоміжних – масажу, корекції положенням, використання корсетів, гіпсових ліжечок, спеціальної тяги, фізіотерапії (міостимуляції) [2, 5, 11, 12, 16, 17].

Однак автори зізнаються, що процес лікування складний і не завжди успішний [12, 16].

Деяко іншої думки дотримується мануальний терапевт, кандидат медичних наук Ченцов В.В. [18], який наголошує, що при діагностуванні сколіозу I – II ступеня консервативне лікування має бути спрямоване не на випрямлення хребта, що, на його думку, практично неможливо, а на розкриття резервних можливостей хребта: щоб не страждали внутрішні органи та організм в цілому був міцним. Для цього застосовувати спеціальні комплекси фізичних вправ, що розвивають гнучкість хребта і збільшують об'єм рухів між суміжними хребцями. Також ефективним засобом консервативного впливу є плавання на спині і стилем кроль. Фізичні навантаження такого характеру сприяють розвитку м'язів спини, їхній гіпертрофії і прояву сили, чим покращується зовнішній вигляд людини, однак ніяк не змінюється ступінь викривлення, якщо він закладається генетично. З допомогою засобів

мануальної терапії можна зняти функціональний блок, який збільшує кривизну хребта, а не саме викривлення [18].

Висновки. Отже, проаналізувавши відповідну наукову літературу щодо виявлення сколіозу в дітей, ми дійшли висновку, що ця деформація опорно-рухового апарату – одне з найбільш частих прогресуючих порушень, яка тісно пов'язана з періодом росту людини і досягає вищого ступеня до закінчення зростання дитячого організму.

Аналіз вітчизняних і зарубіжних літературних джерел визначив основні діагностичні підходи для виявлення особливостей клінічних, ортопедичних і функціональних проявів сколіозу. Об'єктивні методи діагностики дають детальну та об'єктивну інформацію про стан хребта й зміни форми та орієнтації тулуба в просторі, забезпечуючи достовірний контроль ходу лікування хворих на сколіоз.

Основним засобом консервативного лікування сколіозу і дітей залишається лікувальна фізична культура у формі спеціальної лікувальної гімнастики, а також плавання стилем кроль та на спині.

Література.

1. Бичук О. І. Біомеханічний контроль постави учнів у процесі фізичного виховання: автореф. дис... канд. наук з фізичного виховання та спорту: 24.00.02 / О.І. Бичук. – Л., 2001. — 20 с.
2. Білошицька Н. Профілактика та корекція порушень постави в учнів загальноосвітніх шкіл / Н. Білошицька. – Л. : Логос, 2001. – 32 с.
3. Бойчук Т. Дослідження порушень постави в учнів старшого шкільного віку, які проживають у Карпатському регіоні / Тетяна Бойчук, Лілія Войчишин // Спортивна медицина, лікувальна фізична культура та фізична реабілітація. – 2009. – С. 70 – 72.
4. Войчишин Л. Корекція і профілактика порушень постави у підлітків засобами фізичної реабілітації / Л. Войчишин // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2009. – Вип. 13, т. 3. – С. 35–39.
5. Волошанівський П. Вплив фізичної реабілітації на морфо-функціональні показники дітей з сколіотичною хворобою / П. Волошанівський, Х. Волошанівська, А. Магльований // Молода спортивна наука України, . – 2008. - Т. 3. – С. 51-57.
6. Галіздра А. А. Взаємозв'язок функціональних порушень постави і фізичної підготовленості школярів /А. А. Галіздра // Теорія та методика фізичного виховання. – Х. : ОВС, 2005. – № 2 (18). – С. 25–27.].
7. Грейда Н. Б. Корекція постави підлітків засобами фізичної реабілітації / Н. Б. Грейда, О. С. Грицай, В. У. Кренделева // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2011. –№ 4. – С. 119–123.
8. Кашуба В. А. Биомеханика осанки / В. А. Кашуба. – К. : Олимп. л-ра, 2003. – 279 с.
9. Корж Н. А. Сколиотическая болезнь / Н. А. Корж, А. А. Мезенцев // Лікування та діагностика. – 2004. – № 4.– С. 9–16.
10. Котешева И. А. Нарушения осанки. Лечение и профилактика / И. А. Котешева. – М. : Эксмо, 2004. –208 с.
11. Курса М. Фізична реабілітація дітей віком 11–12 років зі сколіозом II ступеня / М.Курса, О.Стасюк, С Єфімова./ Спортивна наука України – 2014. - №2 – С. 10 – 14.]
12. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підручник] / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000. – 424 с.

13. Пешкова О. В. Комплексна фізична реабілітація при сколіотичній поставі / О. В. Пешкова, О. М. Авраменко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2009. – № 2. – С. 84–88.
14. Таможанська Г.В. Сучасні підходи до застосування засобів фізичної реабілітації при сколіотичній хворобі I – II ступеня / Г.В.Таможанська, Д. О. Рогач // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2016. – № 2. – С. 92 – 95.
15. Тягур Т. Сучасні методи діагностики сколіозу/ Тарас Тягур // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2014. - № 3 (27). – С. 98 – 104.
16. Физическая реабилитация: [учебник для студентов высших учебных заведений / под общей ред. проф. С. Н. Попова.]. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.
17. Цюпак Т.Є. Оцінка впливу занять лікувальної фізкультури на профілакторі Євмінова та в домашніх умовах під час сколіозу I–III ступенів у студентів / Т. Є. Цюпак, О. В. Усова О. В. Дубчук // Молодіжний науковий вісник. – 2010. – С. 91 – 93.
18. Ченцов В.В. Вся правда о сколиозе / В.В. Ченцов. – СПб.: Питер, 2008. – 128 с.

КОМПЛЕКСНЕ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ З МІОПІЄЮ СЛАБКОГО СТУПЕНЯ

Пилипчук Олена

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. У статті розкрито проблемні питання, щодо використання засобів фізичної реабілітації дітей із захворюваннями очей, проведено аналіз сучасних програм та технологій оптимізації фізичного стану дітей з міопією. На основі літературних даних виокремлено комплекс засобів фізичної реабілітації та подано ряд відповідних рекомендацій спрямованих на процес корекції фізичного стану дітей з міопією слабкого ступеня.

Summary. The article deals with issues relating to the use of physical rehabilitation of children with eye diseases, conducted analysis of modern technology and optimization of the physical condition of children with myopia. Complex physical rehabilitation are allocated on the basis of published data and presents a number of relevant recommendations aimed at correcting the physical state of children with myopia weak level.

Постановка проблеми. Осіб з вадами зору від народження або через хворобу на даний час в Україні нараховується близько 300 тисяч. На сьогодні сліпота та слабкозорість – основні причини інвалідності зору дітей в Україні. В структурі загальної дитячої інвалідності через дану патологію страждають 4,7% дітей, а за поширеністю захворювання зорового аналізатора посідають четверте місце. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку кількість хворих з вадами зору у світі зростає на 1 мільйон осіб. У зв'язку із цим ВООЗ і коаліція неурядових організацій оголосили боротьбу з міопією та визначили пріоритетний напрям реалізації програми «Зір 2020: право на зір, глобальні ініціативи».

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Стан здоров'я підростаючого покоління є основою благополуччя суспільства та держави в найближчому майбутньому. Однак, протягом останніх десятиліть у нашій країні продовжують зберігатися тенденції росту захворюваності дитячого