

**РОЗДІЛ 3.
РЕКРЕАЦІЯ І ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ –
ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ**

**ПОШУК НОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

Белень Марія

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. Здійснено системний аналіз поширеності очних захворювань серед дітей шкільного віку 10-14 років. Для аналізу використано облікову медичну документацію Вінницької міської лікарні №3. Отримані дані дали можливість вивчити найбільш розповсюдженні очні захворювання серед дітей шкільного віку, що є підставою для вдосконалення фізичної реабілітації даного контингенту осіб.

Summary. The system analysis of the spread of the ocular diseases among the pupils 10-14 years was done. For the analysis the conceptual medical documentation of Vinnytsia city hospital №3 was used. The received information gave an opportunity to learn the most spread ocular diseases among the pupils 10-14 years, that is the basis for the development of the physical rehabilitation of the patients mentioned above.

Актуальність проблеми. Зір відіграє велику роль в онтогенетичному розвитку людини. За допомогою зорового аналізатора здійснюється 85-90% сприйняття зовнішнього світу, і порушення його функції викликає ряд ускладнень у фізичному і навіть психологічному стані [5].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) нині у світі налічується близько 160 мільйонів сліпих і слабозорих. Серед слабозорих людей, кожен четвертий втратив зір у дитинстві. З кожним роком зростає кількість дітей, у яких при впливі несприятливих чинників можуть виникнути проблеми із зором. В Україні за даними ВООЗ більше 13% серед дітей інвалідів мають порушення зору. Серед дітей середнього шкільного віку порушення зору відзначені у 41% випадків. Частота поширеності міопії в Україні коливається від 6% (південні райони) до 30% (центральні райони), а інвалідність з важкою патологією очей (1 і 2 група) становить приблизно 0,13% від усього складу населення. Така розповсюдженість дітей з порушенням зору порушує ряд питань та потребує розробки новітніх технологій фізичної реабілітації [2, 5].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. У 2008 році в Україні зареєстровано 10028 інвалідів, які мають порушення зору. Переважно це діти шкільного віку 7-15 років. Серед очних захворювань перше місце посідає міопія високого ступеня, яка складає 67-74%. Також найбільш розповсюдженими захворюваннями очей є далекозорість високого ступеня і гіперметропічний астигматизм, що виявляється у 16,4% пацієнтів [1].

Л. Коткова у своїх дослідженнях вказує, що найчастіше у дітей з порушенням зору діагностуються такі захворювання зорового аналізатора, як короткозорість, ністагм, косоокість [4].

Дослідження С. Шмалей, Л. Харченко, Д. Щелкунова вказують на те, що різноманітні розлади зору спричиняють виникнення у дітей супутніх патологій, як у психічному так і у фізичному розвитку. Як відомо у таких хворих спостерігається високий рівень гіпокінезії, що є однією з причин порушення постави, розвитку плоскостопості, ожиріння, низького рівня фізичної і розумової працездатності [3].

Тому на нашу думку фізична реабілітація повинна займати важливе місце в комплексі засобів з профілактики слабкозорості і її прогресування, оскільки фізичні вправи сприяють як загальному зміцненню організму і активізації його функцій, так і підвищенню працездатності циліарного м'яза і зміцненню склери ока.

Мета дослідження: Системний аналіз поширеності очних захворювань серед дітей шкільного віку 10-14 років.

Методи організації досліджень. Для досягнення поставленої мети нами здійснювався теоретичний аналіз та узагальнення наукових публікацій з даної проблеми дослідження, а також вивчалась облікова медична документація дітей шкільного віку, які за станом здоров'я відвідували «Центр корекції зору» Вінницької міської лікарні №3. Нами було переглянуто 22 медичні облікові картки, з них 11 належало дівчатам та 11 юнакам.

Результати дослідження. Проведенні дослідження показали, що найбільш розповсюдженим офтальмологічним захворюванням серед юнаків і дівчат віком 10-14 років є порушення акомодатії, що становить 36,3%. Як видно в таблиці 1 у дівчат дане захворювання проявляється частіше (45,4%), порівняно з юнаками, яких налічується 27,2%. Такий відсоток захворюваності серед молоді свідчить про порушення роботи циліарного очного м'яза, що регулює кривизну кришталика, в результаті чого око втрачає здатність фокусуватися на предметах, які перебувають на різних відстанях від нього.

Аналізуючи проведені дослідження, нами було також встановлено, що у 27,2% дітей з порушення зору віком 10-14 років виявлено міопію слабого ступеню. Слід відмітити, що у дівчат більше простежується дане захворювання, ніж у юнаків.

Таблиця 1

Співвідношення очних захворювань у юнаків і дівчат віком 10-14 років

№	Офтальмологічний діагноз	Юнаки, % n = 11	Дівчата, % n = 11	Усього, % n = 22
1.	Порушення акомодатії	27,2	45,4	36,3
2.	Міопія слабого ступеня	36,3	18,1	27,2
3.	Змішаний астигматизм	-	9	4,5
4.	Міопія середнього ступеня	-	9	4,5
5.	Гіперметропія середнього ступеня (далекозорість)	18,1	9	13,6
6.	Косоокість (амбліопія)	9	9	9
7.	Астигматизм	9	-	4,5

На думку Р. Хайсама Дж. М. міопія є одним з видів аномалій рефракції ока, при якому розглянутий предмет добре видно тільки на близькій відстані.

Також нами було зареєстровано, що у 4,5% дітей шкільного віку зареєстровано змішаний астигматизм та міопію середнього ступеня. Дані хвороби були зареєстровані тільки у дівчат.

У 13,6% слабозорих дітей було зафіксовано гіперметропію середнього ступеня. Причому у юнаків дане захворювання прогресує частіше, ніж у дівчат. Як відомо, велика частина дітей у віці до трьох років, згідно проведеними дослідженнями, має гіперметропію очей, що обумовлено укороченою передньо-задньою віссю очного яблука у новонароджених.

Серед спектру очних захворювань у дітей шкільного слід відмітити астигматизм, який складає 4,5%.

Таку розповсюдженість очних хвороб серед дітей шкільного віку більшість дослідників обумовлює генетичним фактором, тривалим переглядом різних інформаційних засобів (мобільні телефони, планшети, телевізори, комп'ютери), недостатнім освітленням приміщень, неправильно підібраними меблями для навчання у школі і вдома, порушенням розпорядку дня, відсутністю регулярного повноцінного харчування, нехтуванням фізичною культурою, недостатнім перебуванням на свіжому повітрі.

Вище викладене порушує ряд питань серед спеціалістів лікувальної фізичної культури, які полягають у пошуку нових технологій фізичної реабілітації дітей шкільного віку з порушенням зору.

Виходячи з цього нами запропоновано і вданий час досліджується ефективність розробленої комплексної програми фізичної реабілітації дітей з порушенням зору. Основним елементом розробленої комплексної реабілітаційної програми є лікувальна фізична культура. Нами розроблені орієнтовні комплекси вправ для: зовнішніх м'язів ока, внутрішнього циліарного м'яза, для релаксації очей та акомодативно-конвергентної зони. Крім лікувальної гімнастики до реабілітаційної програми ми долучили ранкову гігієнічну гімнастику, масаж комірцевої зони, країв повік, а також музикотерапію та дієтотерапію. Курс лікувальної фізичної культури умовно поділили на три періоди: підготовчий, тренувальний і заключний. Тривалість курсу 21 день.

Висновки:

1. Узагальнення науково-методичної літератури з теми дослідження показало, що незалежно від віку простежується щорічна динаміка розповсюдженості очних захворювань серед дітей шкільного віку.

2. Нами було виявлено, що найбільш розповсюдженими очними захворюваннями серед дітей шкільного віку є порушення акомодатції та міопія слабого ступеню, що є підставою для вдосконалення фізичної реабілітації, яка проводиться з даним контингентом в спеціалізованих закладах.

Література.

1. Баннікова Р. О. Характеристика показників зорового аналізатора слабозорих дітей 13-15 років в умовах спеціалізованого навчального закладу / Р.О. Баннікова, Р.С. Бутов //

- Матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Кам'янець-Подільський, 2013. – С. 18-22.
2. Бутов Р.С. Характеристика функціонального стану слабозорих дітей шкільного віку в умовах спеціального навчального закладу / Р. Бутов // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. вих., спорту і здор. людини / за заг. ред. Є. Приступи. - Л., 2013. - Вип. 17, т. 3. – С. 40 - 45.
 3. Вихованець С. Аналіз захворювань опорно-рухового апарату підлітків із порушенням зору / С. Вихованець // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. вих., спорту і здор. людини / за заг. ред. Є. Приступи. - Л., 2013. - Вип. 17, т. 3. - С. 61 - 66.
 4. Коткова Л. Ю. Значение физического воспитания во всестороннем развитии детей с патологией зрения / Л. Ю. Коткова // Проблемы совершенствования олим. движения, физ. культ. и спорта в Сибири: матер. итог. науч.-практ. конф. молод. ученых и студентов. – Омск: Из-во ГАФК, 2002. – С. 153–155.
 5. Ромман Хайсам Дж. М. Фізична реабілітація школярів з функціональними порушеннями зору на постклінічному етапі/ Дж. М. Ромман Хайсам. – Київ, 2015. – 20 с.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ДЕФОРМУЮЧИМИ АРТРОЗАМИ НА ЕТАПІ САНАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ

Бойко Руслан

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. Стаття присвячена дослідженню ефективності застосування засобів фізичної реабілітації у комплексному лікуванні пацієнтів з деформуючим артрозом в санаторних умовах. Отримані результати засвідчують позитивні впливи комплексного застосування лікувальної фізичної культури, механотерапії та процедур радонотерапії на функціональний стан ураженого суглоба, стан здоров'я та якості життя хворих на санаторному етапі реабілітації.

Summary. The effectiveness the using of means of physical rehabilitation in complex treatment of patients with deforming arthrosis in a spa environment has been investigate. The positive influences of complex using of medical physical training, the mechanotherapy and procedures of radonotherapy to the functional condition of the injury joint, the health condition and the quality of patient's life in the sanatorium stage of rehabilitation have been gain the upper hand.

Актуальність теми. Остеоартроз (деформуючий артроз) призводить до деформації суглобових кінців кісток, обмеження рухів, сухожилково-м'язових контрактур, оскільки це дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів, при якому виникають зміни в суглобовому хрящі з наступними кістковими розростаннями [4, 5, 7]. Протікання захворювання носить хронічний характер, має циклічний перебіг, часті рецидиви, відносно короткі ремісії після курсу лікування, супроводжується періодичною втратою працездатності та навіть інвалідністю. Середні показники первинної інвалідності дорослих у 2011 році внаслідок остеоартрозу (ОА) становили 1,5 випадку, а остеохондрозу хребта —

1,7 на 10 тис. дорослого населення, що значно вище порівняно з 2006 і 2007 роками [2, 4, 7].

У лікуванні ОА застосовують сучасні медикаментозні засоби, новітні лікувальні технології, однак суттєвих успіхів у терапії та профілактиці цього захворювання не спостерігається. Про це свідчать результати статистики захворюваності як в усьому світі, так і в Україні [2, 3]. У віці старшому за 65 років понад половину населення всього світу хворіють на артроз (68% жінок, 58 % чоловіків), а показники непрацездатності, зумовлені артрозом, за останнє десятиріччя зросли у 3–5 разів. Зокрема, деформуючим остеоартрозом страждають від 7 до 22% людей, жінки хворіють у 2 рази частіше ніж чоловіки. Станом на кінець 2011 року, артроз має найбільшу питому вагу у структурі поширеності хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини – 33,1% (у 2007 році – 31,2%), [2, 6].

Санаторний етап лікування займає особливе місце у системі фізичної реабілітації хворих на остеохондроз. Багатопрофільний характер фізичної реабілітації в умовах санаторію, широкий діапазон застосовуваних методів відновного лікування дозволяє охопити реабілітаційними заходами хворих усіх вікових груп [8]. У санаторно-курортних умовах показана реабілітація особам з початковими стадіями ОА, інвалідам I – II груп, пацієнтам без стійкого синовіту та супутньої патології при можливості самообслуговування [1].

Мета роботи – дослідити та обґрунтувати ефективність застосування засобів фізичної реабілітації у комплексному лікуванні пацієнтів з деформуючим артрозом (ДА) в санаторних умовах.

Завдання дослідження:

1. Здійснити статистичну обробку результатів реабілітації хворих на ДА за комплексною оцінкою об'єктивних і суб'єктивних показників та проаналізувати динаміку ефективності реабілітації протягом останніх чотирьох років.

2. Оцінити ефективність застосування комплексного підходу до використання засобів фізичної реабілітації у пацієнтів з деформуючим артрозом в санаторних умовах.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, документальних і архівних матеріалів (викопіювання з медичних карт хворих з остеоартрозом), педагогічне спостереження за процесом реабілітації пацієнтів в умовах санаторію, поетапний педагогічний експеримент із застосуванням клінічних та інструментальних методів дослідження, методи математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Наукове дослідження проводили на базі обласної фізіотерапевтичної лікарні м. Хмельник Вінницької області. Педагогічне спостереження передбачало вивчення впливу на організм пацієнтів з ДА усього комплексу засобів фізичної реабілітації, який призначався на час перебування у фізіотерапевтичній лікарні – 21 день.

Педагогічний експеримент складався з констатувального, формувального і порівняльного етапів. Застосовували суб'єктивні (метод самооцінки) й

об'єктивні (клінічні та інструментальні) методи обстеження хворих для аналізу ефективності та дієвості програми фізичної реабілітації на санаторному етапі.

Педагогічний експеримент передбачав застосування низки клінічних, морфологічних та діагностичних методів.

Оцінювання клінічного стану хворих проводилося на початку і по завершенню курсу лікування. Клінічні обстеження включали опитування, огляд і діагностику функціонального стану.

Користувалися методами антропометрії, визначали масу і зріст пацієнтів, а також обчислювали індекс маси тіла (ІМТ) - Кетлет-індекс.

Функціональний стан суглобів оцінювали за больовим індексом при активних і пасивних рухах, амплітудою рухів у колінах і силою м'язів (тест Ловетта).

Для встановлення ступеня тяжкості ОА проводили підрахунок сумарного індексу Лекена, який характеризує інтенсивність больових відчуттів в області суглоба в стані спокою і під час рухів та передбачає балову та градаційну оцінку в межах виділення п'яти ступенів тяжкості дегенеративно-дистрофічних процесів.

Якість життя та стан здоров'я пацієнтів оцінювали за міжнародним опитувальником якості життя «EuroQol» [1].

Усі пацієнти, що проходять курс реабілітації отримують необхідний комплекс лікувальних процедур, який включає, з урахуванням патогенезу захворювання і протипоказань, наступні засоби: ЛФК, масаж лікувальний і класичний, радонові ванни, фітованни, перлинні ванни, підводну тракцію хребта, підводний душ-масаж, гінекологічні зрошування, процедури апаратної фізіотерапії, а також нетрадиційні методи: рефлексотерапію, мануальну терапію, грязелікування, фітотерапію. За необхідності реабілітаційні засоби поєднують з медикаментозним лікуванням.

Для вивчення первинної картини захворюваності та аналізу динаміки ефективності реабілітації протягом 2012-2015 років було опрацьовано 1265 карток пацієнтів з деформуючими артрозами крупних суглобів, які перебували на санаторному етапі реабілітації в Хмільницькій фізіотерапевтичній лікарні м. Хмільник Вінницької області протягом вказаного періоду. Курс комплексної реабілітації в лікарні становить три тижні, і проводиться під час ремісії хвороби.

Аналіз вікової структури пацієнтів дозволяє констатувати, що вік пацієнтів лікарні коливається в межах від 30 до 75 років. З віком збільшується відсоток осіб з захворюванням колінних суглобів.

Отримані результати статистичного дослідження курортних карт засвідчують, що в середньому ефективність реабілітації хворих в санаторних умовах на базі фізіотерапевтичної лікарні протягом досліджуваного періоду становить не менше 90%, найкращі показники зареєстровані в 2015 році - 96%. Однак відсоток осіб із значним покращенням функціонального стану після санаторного курсу лікування було зареєстровано у 2014 році – 7,6%.

Комплексне лікування хворих на деформуючий артроз на санаторному етапі сприяло стабілізації процесу, істотному зменшенню больового синдрому, поліпшенню статодинамічних характеристик, компенсації функції суглобів. Частка хворих, виписаних без покращення, не перевищує 5% і пояснюється наступними причинами – запущеністю патологічного процесу, загостренням супутніх захворювань, які є протипоказами радонотерапії, що потребувало відміни бальнеологічного лікування, фізіотерапевтичних методів, ЛФК тощо.

З усього контингенту повторний курс лікування пройшли 403 особи, що склало 31,9% хворих, які отримували повторно радонотерапію протягом 3-х років.

Серед них спостерігалось покращення: до 2-х місяців - у 17 осіб - 4,1%; від 3-х до 6 місяців - у 25 осіб - 6%; від 6 до 12 місяців - у 175 осіб - 43,9%; від 12 місяців і більше - у 186 осіб - 46%.

Для проведення формувальної частини педагогічного експерименту було обрано 28 осіб, хворих на деформуючий артроз (ДА) колінного суглоба - гонартроз, які проходили курс санаторного лікування (21 день) протягом грудня 2015 року.

З учасників було сформовано основну групу (ОГ) - 17 осіб, які лікувалися за комплексною програмою. Вона включала засоби ЛФК у формі ранкової гігієнічної гімнастики, лікувальної гімнастики, механотерапії та дозованої ходьби, а також лікувальний масаж, фізіотерапію у вигляді водолікування (радонові ванни) і електролікування.

Сформована контрольна група (КГ) нараховувала 11 осіб, котрі також проходили комплекс фізичної реабілітації, але мали протипоказання до застосування радонових ванн. Серед засобів фізіотерапії вони отримували процедури електролікування.

Проведене рентгенологічне дослідження дозволило з'ясувати, що більшість хворих (55%), з усього контингенту досліджуваних, які перебували на санаторному етапі реабілітації, мають II рентгенологічну стадію ДА з характерними рентгенологічними симптомами, а 45% характеризується I рентгенологічною стадією. Такі пацієнти були рівномірно розподілені в обох досліджуваних групах.

Деформуючий артроз належить до поліетіологічних захворювань і одним із факторів ризику розвитку зокерма гонартрозу є підвищена маса тіла. Визначення ІМТ (індексу Кетле) на початку лікування показало, що у 71,4% хворих переважає надлишкова маса тіла та ожиріння I ступеня, лише у 28,6% обстежених маса тіла була в межах норми.

Індекс Лекена, розрахунок якого ми проводили на початку дослідження для з'ясування ступеня тяжкості ДА за больовим відчуттям в області колінного суглоба в стані спокою і під час рухів, свідчить, що у хворих переважає «виразна» та «істотна» ступінь і прямо пропорційно залежали від рентгенологічної стадії захворювання. Середній бал у ОГ ($10,8 \pm 0,09$) і КГ ($10,9 \pm 0,08$) достовірно не відрізнявся і характеризувався виразним ступенем тяжкості протікання гонартрозу.

Опитувальник «EuroQol», застосований на початку курсу реабілітації довів, що деформуючий артроз як хронічне прогресуюче захворювання, негативно впливає на якість життя та знижує стан здоров'я хворого незалежно від рентгенологічної стадії захворювання.

Деформуючий артроз, знижує щоденну функціональну активність хворого, можливість до самообслуговування, викликає у хворих залежність від сторонньої допомоги.

Ефективність фізичної реабілітації хворих на деформуючий артроз оцінюються в досягненні поставлених завдань: уміння хворого розвантажити суглоби, контролювати симптоми ДА та підтримувати досягнутий стан; усунути причини, які спричиняють загострення захворювання; підтримувати оптимальний фізичний стан і рухові можливості; підтримувати достатній рівень фізичної активності; проводити корекцію статички і ходи.

Реалізація програми фізичної реабілітації підтвердила концептуальну гіпотезу дослідження щодо позитивної її дії, відновлення функціональної спрямованості та якості життя хворих на ДА, які входили до ОГ і КГ, що підтвердили отримані безпосередні ефекти. Однак, у ОГ одразу після курсу реабілітації отримані результати виявилися більш виразними у порівнянні з КГ.

Метод визначення та оцінки амплітуди рухів у колінних суглобах (тест Ловетта) показав, що на початку реабілітації більшість хворих на деформуючий артроз у КГ (54%) і 46% ОГ мають 4 бали за амплітудою рухів (збережена амплітуда на 75%). Середнє значення сили м'язів при розгинанні в коліні у хворих КГ - $3,9 \pm 0,035$, в ОГ - $3,8 \pm 0,035$ ($t=1,6$; $p>0,05$), що відповідає задовільній оцінці і здатністю реалізувати повну амплітуду руху проти сили тяжіння.

Повторні дослідження, проведені після курсу реабілітації, засвідчили позитивну динаміку показників в обох групах. Амплітуда рухів у колінних суглобах і відповідно, сила м'язів збільшилась в середньому у КГ на 10,3% ($4,3 \pm 0,035$), у ОГ - на 21% ($4,6 \pm 0,035$). Середні значення сили м'язів в обох групах відповідають нормі, а амплітуда рухів – 75% (повна амплітуда руху з середнім опором за всією амплітудою).

Результати визначення індексу Лекена, показали, що дегенеративно-дистрофічні процеси спричиняють значні незручності та дискомфорт у хворих. Сума балів, отриманих у процесі опрацювання відповідей респондентів на початку дослідження ($10,8 \pm 0,09$ - КГ та $10,9 \pm 0,08$ - ОГ ($t=0,97$; $p>0,05$), вказала на виражений ступінь тяжкості ДА в обох групах пацієнтів.

Після курсу лікування й фізичної реабілітації індекс Лекена та ступінь тяжкості деформуючого артрозу зменшився на 31,5% у КГ ($t=8,5$) ($p<0,05$) і на 47,7% - в ОГ ($t = 14,4$) ($p<0,05$) та становив у КГ $7,4 \pm 0,086$ і в ОГ - $5,7 \pm 0,084$, отримані дані ОГ по завершенню експерименту перевищували такі у КГ на 23% ($t=14,2$; $p<0,05$). В обох групах ступінь тяжкості дегенеративно-дистрофічних змін оцінювався як середній.

Індекс якості життя «EuroQol» на початку дослідження був $5,26 \pm 0,07$ в ОГ і $5,41 \pm 0,05$ - у КГ, вихідні дані обох груп вірогідно не відрізнялися ($t= 1,8$;

$p > 0,05$). При виписуванні з облфізлікарні, після курсу лікування та фізичної реабілітації у хворих обох груп відбулися позитивні зрушення, про що свідчить отримані результати: в КГ індекс достовірно зменшився на 31% ($t=11,7$; $p < 0,05$), в ОГ – на 44% ($t= 10,7$; $p < 0,05$) і становив, відповідно, - $3,7 \pm 0,034$ та $2,95 \pm 0,05$.

Слід зазначити, що отримані середні значення показника якості життя в ОГ вірогідно кращі за такі в КГ на 25,4% ($t = 12,5$; $p < 0,05$).

ІМТ є одним із показників, який піддається нормалізації при свідомому дотриманні рекомендацій і виконанні фізичних вправ, дотриманні правил здорового харчування й рухового режиму. Вихідні середні значення ІМТ в обох групах досліджуваних до початку експерименту свідчать про надлишкову маса тіла пацієнтів, при чому показник маси тіла у КГ ($28,5 \pm 1,0$) значно перевищував такий в ОГ ($25,35 \pm 1,1$) ($t=2,1$; $p < 0,05$).

По завершенню експерименту вірогідні позитивні зрушення ІМТ мали місце лише в ОГ – 6,5% ($p < 0,05$), причому отримане середнє значення ІМТ знаходилося в межах норми. У КГ вірогідних зрушень маси тіла не виявлено, оскільки ІМТ по групі становив в середньому $27,94 \pm 2,1$, що відповідає надмірній масі тіла.

Висновки.

1. Встановлено, що при ДА у реабілітаційній програмі базовими виступають заняття ЛФК, які комбінуються з лікувальним масажем, механотерапією і комплексом засобів фізіотерапії, які обов'язково включають електролікування і водні процедури.

2. Комплексна реабілітація осіб з деформуючим артрозом в санаторних умовах є ефективною, про що свідчить аналіз медичних карток пацієнтів, які проходили курс в фізіотерапевтичній лікарні протягом досліджуваного періоду. Однак, щороку реєструється відсоток осіб, у яких не відбулося покращення функціональних можливостей уражених суглобів і самопочуття по завершенню лікування, в середньому - 4,5% осіб.

3. Серед великого арсеналу засобів фізіотерапії, які застосовуються на етапі санаторного лікування чільне місце займає радонотерапія. При повторному застосуванні у комплексній реабілітації радонових ванн, лікувальний ефект утримується у 90% пацієнтів від 6 місяців і більше 1 року.

4. За результатами проведеного дослідження встановлено, що за всіма визначеними показниками, які характеризують функціональний стан ураженого суглоба, стан здоров'я та якості життя, у хворих обох груп відбулися позитивні зрушення. Однак, слід відзначити, що в ОГ результати були вірогідно вищими, ніж в КГ. На нашу думку, це пояснюється ефективним зменшенням протягом періоду реабілітації індексу маси тіла та можливістю застосування у процесі лікування курсу процедур радонотерапії.

Література.

1. Бакалюк Т.Г. Вплив санаторно-курортного лікування на якість життя хворих похилого віку з остеоартрозом / Т.Г. Бакалюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України – 2014. - №2 (60).

2. Коваленко В.М. Ревматичні захворювання в Україні: стан проблеми та шляхи вирішення / В.М. Коваленко // Інноваційні методи діагностики та лікування ревматичних захворювань : Всеукр. наук.-практ. конф. асоціації ревматологів України, 25–26 жовтня 2012 р. : тези наук. доп. – К. – 2012. – С. 5.
3. Корж Н. А. Остеоартроз – підходи до лікування / Корж Н. А., Філіпенко В. А., Дедух Н. В. / Вісник ортопедії травматології та протезування. – 2004. – № 3. – С. 75–79.
4. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей / Москалев В. П., Корнилов Н. В., Шапиро К. И., Григорьев А. М., Каныкин А. Ю., Морсар А. В. – С. П., 2011. – 157 с.
5. Мухін В. М. Фізична реабілітація / Мухін В. М. – К. : Олімпійська література, 2009.
6. Наш опит реабилитации больных с травмой опорно-двигательного аппарата / Поливода А. Н., Вишневский В. А., Чатковский А. Л., Дворников Д. И. // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2009. – № 4. – С. 52–53.
7. Лечение остеоартроза крупных суставов нижних конечностей / Поливода А. Н., Вишневский В. А., Чатковский А. Л., Станков Н. Л., Дворников Д. И., Гобелюк К. Н. // Вісн. морської медицини. – 2009. – № 3. – С. 67–69.
8. Улащик В. С. Общая физиотерапия : [учебник] / В. С. Улащик, И. В. Лукомский. – Мн. : Книжный дом, 2003. – С. 134–165.
9. Физическая реабилитация : [учебник для студ. ВУЗ физ. воспитания и спорта] / под ред. С. Н. Попова. – Р н/Д. : Феникс, 1999. – С. 155 – 190.

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА ФІЗИЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТОК ПЕДАГОГІЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ З НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ

Бричко Марина

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. У статті проаналізовано структуру захворюваності студентів педагогічного університету, які займаються фізичною культурою у спеціальній медичній групі. Встановлено переважну більшість патологій серцево-судинної системи (47%), з яких найбільшу частину вибірки – 77,7 % становлять студенти з нейроциркуляторною дистонією переважно кардіального і змішаного типів. Більшість вибірки становлять представниці жіночої статі.

Доведено ефективність застосування протягом навчального року комплексу лікувальної фізичної культури у вигляді лікувальної гімнастики з елементами механотерапії, ранкової гігієнічної гімнастики і самостійних занять щодо функціонального стану організму студенток 18 – 20 років.

Summary. It was analyzing the structure of diseases of students of pedagogical university, which deal with the physical culture in special medical group. Was installed the most established vast the pathologies of cardiovascular system (47%). The students with neurocirculatory dystonia of kardial and mixed types were 77.7%. The most of students were female.

Was proved the effective of using the complex of medical physical culture in the form of the medical gymnastics with the elements mehanoterapii, with the morning gymnastics and themselves classes during the academic year to the functional preparation of female student of 18 - 20.

Актуальність теми. Актуальність нашого дослідження пов'язана з тим, що нейроциркуляторна дистонія (НЦД) досить поширена як серед дітей

(12–25%), так і серед дорослого населення (до 70%), причому жінки страждають у 2–3 рази частіше, ніж чоловіки. За результатами статистичних досліджень МОЗ України на сьогоднішній день зареєстровано 631 тис. хворих з цією патологією. Щорічно реєструється від 1500 до 1700 нових випадків захворювання. На її частку припадає до 15-20 % функціональних розладів серцево-судинної системи. Серед осіб молодого працездатного віку близько 30 % хворих — це пацієнти з ВСД [1, 7, 9].

У вивченні НЦД в останні десятиліття сучасна медицина має відчутні позитивні результати. Проте залишається багато поки нерозв'язаних ключових питань, що стосуються профілактики і корекції даного патологічного стану. В даний час вже не викликає сумніву, що «нейроциркуляторна дистонія», більш відома в нашій країні під поняттям «вегето-судинна дистонія», не є «самостійним» захворюванням з чітко окресленими патогенезом і клінічною картиною, а являє собою цілу групу патологічних станів, основною ознакою яких є підвищення або зниження артеріального тиску.

Питання комплексного лікування хворих на вегетативні дисфункції висвітлено у працях вітчизняних та закордонних фахівців [4, 5, 8], однак проблема корекції функціонального стану студентів з НЦД в умовах вищого навчального закладу засобами фізичної культури залишається відкритою і актуальною.

Важливу роль у зміцненні та збереженні здоров'я студентів з НЦД, відіграє лікувальна фізична культура (ЛФК), яка є потужним фактором оздоровчого впливу на організм студентів такої категорії. За даними наукової літератури [0, 3, 4], вона сприяє досягненню ремісії захворювання, відновленню функції зовнішнього дихання, покращенню фізичної підготовленості, роботоздатності, а отже, й успішності студентів.

Залишається актуальним питання фізіологічних показників тренуваності студентів із НЦД. Створення спеціальної групи фізичної реабілітації для таких студентів є однією з найважливіших умов сприяння реалізації можливості вибору фізичних навантажень відповідно до їх рівня здоров'я та психоемоційного стану.

Мета дослідження полягала у визначенні закономірностей впливу занять з ЛФК на функціональні можливості організму студенток з НЦД.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз сучасної науково-методичної літератури на предмет вирішення проблеми корекції функціональних можливостей осіб з НЦД засобами фізичної реабілітації.

2. Здійснити статистичну обробку та порівняльний аналіз результатів вивчення матеріалів медичних карт студентів спеціальних медичних груп (СМГ).

3. Виявити закономірності прояву показників функціональних можливостей студенток з НЦД під впливом занять ЛФК.

Методи та організація дослідження. Здійснювали констатувальний і формувальний експерименти, у ході яких застосували теоретичний аналіз і

узагальнення науково-методичної літератури; педагогічний експеримент; медико-біологічні методи визначення функціональних можливостей серцево-судинної і вегетативної нервової системи, а також фізичного розвитку студенток, метод динамометрії; експрес-оцінку фізичного здоров'я за Г.Л. Апанасенком; методи математичної статистики.

Проводили статистичне дослідження медичних карток та результатів медичних оглядів студентів, які віднесені до спеціальних медичних груп, або звільнені від занять з фізичного виховання, і навчаються на бакалавраті в п'яти підрозділах ВДПУ імені М. Коцюбинського.

Мета формувального експерименту полягала у вивченні закономірності прояву показників функціональних можливостей студенток з НЦД під впливом занять ЛФК.

Дослідження проводили на базі кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання і фізичної реабілітації та кафедри фізичного виховання факультету фізичного виховання і спорту.

Результати дослідження та їх обговорення. Суб'єктом дослідження під час формувального експерименту були 22 студентки 17-19 років, які навчаються у Вінницькому державному педагогічному університеті імені Михайла Коцюбинського на різних факультетах, а за станом здоров'я віднесені до спеціальної медичної групи з основним діагнозом нейроциркуляторна дистонія. У вибірку потрапили студентки з кардіальним і змішаним типами НЦД.

Статистична обробка медичних карток студентів педагогічного університету, віднесених за станом здоров'я до СМГ показала, що серед контингенту 64 особи – це 26,7% мають 2 і більше діагнозів нозологій однієї чи різних систем організму.

Отримана статистика засвідчує переважну більшість захворювань і патологій серцево-судинної системи – 47%. На другому місці знаходяться захворювання, порушення і травми опорно-рухового апарату – 30,4%. Великий відсоток осіб (13,3%), котрі мають порушення зору, переважно це міопії різного ступеня важкості. Серед студентів СМГ поширені захворювання сечово-статевої системи і безпосередньо нирок – 9,6%, у цій групі переважають саме інфекційні ураження.

Найбільшу частину групи студентів з патологіями серцево-судинної системи складають особи з різними формами нейроциркуляторної або іншими словами – вегето-судинної дистонії – 77,7%.

У нашій вибірці респондентів майже однаково переважну кількість становлять студенти з кардіальним типом (39,5%) і змішаним типами (38,4%) випадків НЦД.

Детальний аналіз контингенту СМГ показав, що багато респондентів мають не один, а декілька діагнозів, з яких один виступає основним, а інші є супутніми чи наслідками (ускладненнями) основного діагнозу. Так, особи з НЦД мають супутні захворювання, зокрема, найбільше осіб, у яких діагностовано НЦД і промапс мітрального клапана (ПМК) – 18,6%. Однак, у

науковій літературі ми не знайшли пояснення цьому поєднанню діагнозів, причому важко пояснити причинно-наслідкові зв'язки між вказаними нозологіями, на відміну від іншого поєднання – НЦД з патологіями хребта та суглобів – таких у вибірці виявлено – $11,6\% + 5,8\% = 17,4\%$.

Наслідком судинних розладів, які безпосередньо є симптомами НЦД, вчені вважають порушення зору. Оскільки однією із причин короткозорості є погіршення кровопостачання тканин ока, то ми можемо припустити наявність причинно-наслідкового зв'язку між НЦД і вадами зору у 8,1% наших респондентів.

Здійснений нами аналіз структури захворюваності студентів СМГ може служити підставою для перегляду існуючих підходів до організації фізичного виховання у групах осіб з хронічними захворюваннями та фізичними вадами в межах ВНЗ та поновлення форм і методів цієї роботи, що допоможе забезпечити кожному студенту повноцінний в кількісному та якісному відношенні руховий режим.

Рішення цього завдання в значній мірі залежить від правильного вибору медичної групи для кожного студента.

Формувальний експеримент був спрямований на визначення ефективності створеного комплексу ЛФК щодо морфо-функціональних показників серцево-судинної і вегетативної нервової системи студенток з вегето-судинними дистоніями змішаного і кардіального типу.

Оцінка ефективності розробленого комплексу проводилася за допомогою контрольного обстеження, спрямованого на дослідження динаміки основних показників фізичного здоров'я. Для досягнення максимально можливого результату були вжиті відповідні заходи щодо позитивної мотивації при проведенні тестів та проб.

Заняття ЛФК проводились протягом жовтня 2016 – березня 2017 року. Під спостереженням перебувало 20 студенток 1-2 курсів віком від 18 до 20 років, у яких діагностовано порушення діяльності серцево-судинної системи, зокрема НЦД.

Розроблений нами комплекс ЛФК передбачав, перш за все, свідоме і активне включення самих досліджуваних у реабілітаційний процес, тому комплекс ЛФК включав такі засоби фізичного виховання, як:

- фізичні вправи (динамічного й силового спрямування);
- тренування дихальної мускулатури;
- дотримання режиму дня і виконання ранкової гігієнічної гімнастики;
- навчання студента.

У комплексі застосовані такі форми ЛФК:

- 1) щоденна ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ);
- 2) заняття ЛГ, які 2 рази на тиждень проводилися під час занять у групах фізичної реабілітації, а 3 раз - у формі самостійного заняття. ЛГ
- 3) дозовану ходьбу, яку застосовували, як складову заняття у групах ФР, так і для самостійних занять;
- 4) комплекс вправ для самостійних занять (в інші дні тижня);

Крім того, було рекомендовано щодня виконувати самомасаж, методику якого засвоювали на заняттях в групах фізичної реабілітації.

Наш комплекс ЛФК розрахований на 6 місяців.

Результати дослідження морфо-функціональних показників, на основі яких здійснюється комплексна оцінка фізичного здоров'я, представлені у таблиці 1 показали, що фізичний стан студенток після виконання комплексу ЛФК та масажу позитивно змінився.

Відбулися достовірні зміни оцінки сили м'язів рук за силовим індексом (СІ). Приріст його величини відбувся на 14,7 %, індекс Робінсона зменшився на 7,7%, що є позитивним, результат проби Мартіне-Кушелєвського змінився в позитивний бік на 20,9%, а сам показник рівня фізичного здоров'я зріс на 61,4%.

Таблиця 1

Середні значення показників рівня фізичного здоров'я студенток 18-20 років з НЦД

Функціональні показники	Обстеження	Середнє значення показника	t-критерій Стьюдента	Рівень достовірності
Маса/довжина тіла, г/см	1	346 ±8,11	0,43	p>0,05
	2	341±8,3		
Життєвий індекс, мл/кг	1	48,05±2,27	0,57	p>0,05
	2	49,81±2,27		
Силовий індекс, %	1	42,22±1,16	3,31	p<0,05
	2	48,43±1,47		
Індекс Робінсона, ум. од.	1	93,15±2,21	2,65	p<0,05
	2	85,95±1,53		
Час відновл. ЧСС, хв.	1	2,01±0,64	2,13	p<0,05
	2	1,68±0,11		
Сума балів	1	2,85±0,55	2,24	p<0,05
	2	4,6±0,55		

Після застосування комплексу ЛФК сума балів оцінки стану фізичного здоров'я у шістнадцяти дівчат збільшилася, у чотирьох не змінилася. Відбулися позитивні зміни щодо структури розподілу студенток за якісним показником здоров'я у групі: відсоток студенток з низьким рівнем істотно зменшився – з 55% до 30%; кількість осіб з рівнем нижче середнього і середнім збільшилася, відповідно з 35% до 45% (при рівні нижче середнього) і з 10% до 25% (при середньому рівні). Реєстровані зміни свідчать про покращення фізичного стану студенток.

Висновки. Аналіз та узагальнення літературних даних засвідчили, що процес фізичного виховання ослаблених хворобою студентів дуже складний. Лише при глибокому осмисленні завдань цього процесу можна ефективно і правильно використовувати ті можливості, які є в навчальних закладах для успішної роботи з такими студентами. При нейроциркуляторній дистонії

дозоване застосування фізичних вправ – ЛФК, врівноважує процеси збудження і гальмування в ЦНС, підвищує її регулюючу роль у координації діяльності найважливіших органів і систем, залучених у патологічний процес. ЛФК нормалізує вплив на судинну реактивність, сприяючи зниженню тонуусу судин при виражених спастичних реакціях у хворих і вирівнюванню асиметрії в стані тонуусу судин.

Здійснений нами аналіз структури захворюваності студентів СМГ може служити підставою для перегляду існуючих підходів до організації фізичного виховання у групах осіб з хронічними захворюваннями та фізичними вадами в межах ВНЗ та поновлення форм і методів цієї роботи, що допоможе забезпечити кожному студенту повноцінний в кількісному та якісному відношенні руховий режим. Рішення цього завдання в значній мірі залежить від правильного вибору медичної групи для кожного студента.

На підставі даних констатувального експерименту розроблено комплекс ЛФК для студентів з НЦД кардіального і змішаного типу та перевірено його ефективність у групі фізичної реабілітації. Комплекс включає поетапне застосування під час занять з фізичного виховання таких форм ЛФК, як лікувальна гімнастика і дозована ходьба, з додатковим включенням системи самомасажу; застосування самостійних занять і ранкової гігієнічної гімнастики з елементами дихальної гімнастики.

У результаті проведеного етапного контролю по завершенню формувального експерименту доведена ефективність розробленого нами комплексу ЛФК, яка проявилася позитивними зрушеннями у показниках серцево-судинної системи та фізичного здоров'я – індекс Робінсона зменшився на 7,7%, що є позитивним, результат проби Мартіне-Кушелевського змінився в позитивний бік на 20,9%, а сам показник рівня фізичного здоров'я зріс на 61,4%, відбулися також достовірні зміни оцінки сили м'язів рук за силовим індексом (СІ), приріст його величини склав 14,7%.

Література.

1. Анікеєв Д. М. Рухова активність у способі життя студентської молоді: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук із фізичного виховання і спорту: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / Д.М. Анікеєв. – К., 2012. – 20 с.
2. Бекас О. Аналіз структури хронічних захворювань студентів педагогічного університету / Ольга Бекас, Марина Бричко // Актуальні проблеми фізичного виховання та методики спортивного тренування. – 2017. - №1. – С. 10 – 17.
3. Бісмак О.В. Лікувальна фізична культура у спеціальних медичних групах: навчальний посібник / О.В. Бісмак. – Харків, 2010. – 202с.
4. Возний С.С. Фізична реабілітація студенток, хворих на нейроциркуляторну дистонію за кардіальним типом: Автореф. дис...канд. наук. фіз. виховання та спорту:24.00.03/Львівський державний інститут фізичної культури. – Львів., 2008. – 21с.
5. Едешко Е.И. Комплексная система физического воспитания студентов специальных медицинских групп по нозологическим типам заболеваний: учебно-методическое пособие / Е.И. Едешко, Т.Н. Садовская. - Гродно: ГрГУ, 2002. - 140с.

6. Кучанская А.В. Вегето-сосудистая дистония [учебник] / А.В. Кучанская- М.: Медицина.2001. - 268 с.
7. Мищенко, Т. С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний / Т. С. Мищенко. — Киев, 2010. — 270 с.
8. Мордвінова А.В. Фізіологічні показники тренуваності студентів спеціальної медичної групи із захворюванням на вегето-судинну дистонію за змішаним типом [Електронний ресурс] / А.В. Мордвінова, О.М. Бурла // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - №4. – 2011. – С.118–121.
9. Яковлів Є. В. Фізичний розвиток студентів спеціальних медичних груп / Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць. Випуск 18 (Том 1). – Вінниця: ТОВ «Планер», 2014. – С. 346-350.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Грига Марія

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Резюме. Досліджено засоби фізичної реабілітації студентської молоді, у якої виявлено остеохондроз поперекового відділу хребта, в умовах поліклініки. У дослідженні взяли участь 15 осіб з остеохондрозом поперекового відділу хребта в періоді ремісії, із них 8 чоловіків і 7 жінок віком від 18 до 23 років. Програма фізичної реабілітації містила засоби: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба, реабілітаційний масаж, ампліпульстерапія, озокеритотерапія. Після реабілітації відзначається покращення клінічних проявів захворювання.

Summary. Studied physical rehabilitation of students, which has found osteochondrosis of the lumbar spine in a clinic. The study involved 15 people with osteochondrosis of the lumbar spine in remission, including 8 men and 7 women aged 18 to 23 years. Physical rehabilitation program contain tools: morning hygienic gymnastics, therapeutic exercises, therapeutic walking, rehabilitation massage, amplipulse, ozokeritotherapy. After rehabilitation marked improvement of clinical manifestations of disease.

Актуальність За даними експертів ВООЗ, у розвинутих країнах захворювання досягає розмірів пандемії. В Україні, майже 90% школярів і студентів, що навчаються, мають відхилення в стані здоров'я. У студентів, які постійно знаходяться в сидячому положенні, постійне навантаження несуть м'язи тулуба, попереку та шиї. Ці м'язи тримають тулуб у робочих і побутових позах. Коли м'язи тулуба й шиї втомляються, то все навантаження розподіляється на хребет. Найбільше навантаження припадає на міжхребетні диски, в яких розвиваються дегенеративні процеси – остеохондроз. З цього погляду активне використання фізичних вправ та інших засобів реабілітації є необхідним і актуальним.

Мета дослідження – удосконалити та науково-методично обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу хребта у студентів вищих навчальних закладів.

Завдання дослідження: обстежити стан хребта у студентів вищих навчальних закладів, розробити комплексну програму реабілітації для студентської молоді хворих на остеохондроз хребта та оцінити її ефективність.

Методи дослідження Наукове дослідження проводили у поліклінічному відділенні міської клінічної лікарні м. Ужгорода. У дослідженні взяли участь 15 осіб з остеохондрозом поперекового відділу хребта в періоді ремісії, із них 8 чоловіків і 7 жінок віком від 18 до 23 років.

Для вирішення сформованих завдань використовувались такі методи дослідження:

1) теоретичні: аналіз та узагальнення наукової літератури з питань виникнення остеохондрозу хребта у молоді та засобів і методів фізичної реабілітації.

2) дослідження стану хребта:

а) оцінка відчуття болю у поперековому відділі хребта. З метою оцінки болю у поперековому відділі хребта проводилося анкетування хворих, результати аналізувались і оцінювались за 10 бальною шкалою. Від 1 до 3 бали - мала інтенсивність болю; 4 – 7 балів середня; від 8 – 10 – велика інтенсивність.

б) оцінка функціонального стану хребта за гнучкістю. Гнучкість хребта досліджувалася при розгинанні, згинанні, нахилах і поворотах (ротації) в обидва боки за методикою Левіт, Захсе, Янда, яка припускає розподіл по 3 ступенях: „А” – гіпомобільність до норми; „Б” – гнучкість у межах норми; „В” – підвищена гіпермобільність.

Гнучкість хребта при згинанні вимірювали у вихідному положенні сидячи з випрямленими ногами. Ступінь – „А” – від 0 і менше, ступінь „Б” – від 0 до +15 см., ступінь – „В” від +15 см. і більше

в) вимірювання м'язової сили тулуба. Силу м'язів-розгиначів тулуба студентів вимірювали за допомогою станового динамометра. Пацієнт нахилиється вперед, не згинаючи ноги в колінах, береться за ручку динамометра і повільно максимально можливо випрямляється. Виміри проводили два рази і записували найкращий результат. Індекс станової сили (ІСС), який характеризує силу м'язів спини визначали за формулою:

$$ІСС = \frac{\text{Станова Сила, кг}}{\text{Маса Тіла, кг}} * 100 \%$$

Менше 175% своєї ваги – мала сила м'язів спини для хлопців і менше 125% для дівчат; 175 – 190% – сила м'язів спини нижче середньої для хлопців і 125 – 140% для дівчат відповідно своєї ваги; 191 – 210% і 140 - 160% - відповідно від своєї ваги середня сила м'язів спини хлопців і дівчат.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними опитування практично всі хворі скаржилися на дискомфорт в поперековому відділі хребта. Болі в попереку при тривалому стоянні відзначали 12 (80,0%) пацієнтів, в шийно-грудному відділі хребта відзначали 9 (60,0%) пацієнтів, обмеження рухливості в попереку відзначали 14 (93,30%) пацієнтів, головні болі 7 (46,7%) хворих. При визначенні ступеню болю у поперековому відділі хребта за 10

бальною шкалою при ходьбі і нахилу тулуба в сторони у більшості студентів спостерігалась середня ступінь болю. Велика ступінь болю спостерігалась у 4 (26,7%) студентів. Середні показники ступеню болю були такими: в попереку при ходьбі – 6,2 балів; при нахилі тулуба в сторони – 7,4 балів.

Показники гнучкості хребта у студентської молоді, які страждають на остеохондроз поперекового відділу хребта нижче від норми. Гіпомобільність тулуба через біль в попереку виявлена у 73,3% пацієнтів, гнучкість в межах норми виявлена у 26,7%. При вимірюванні м'язової сили тулуба студентів за допомогою станового динамометра було виявлено такі показники індексу станової сили (ІСС). Мала сила м'язів спини відповідно своєї ваги виявлена у 37,5% хлопців і 42,8% дівчат. Сила м'язів спини нижче середньої у хлопців виявляли у 50,0%, для дівчат цей показник становив 42,8%. Середню силу м'язів тулуба відповідно від своєї ваги виявляли у 12,5% хлопців і 14,3% дівчат. Таким чином у 87,5% хлопців і 85,7% дівчат виявляли малу і нижче середньої силу м'язів тулуба у студентів хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта.

Програма фізичної реабілітації хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта студентської молоді включала такі засоби: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба, реабілітаційний масаж, ампліпульстерапія, озокеритотерапія.

У результаті проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається покращення клінічних проявів захворювання. Скарги на дискомфорт в попереку зникли або зменшилися у 11 (26,7%) студентів. Болі в попереку після проведення реабілітаційних заходів відзначали 33,3% пацієнтів, в шийно-грудному відділі – 20,0%, обмеження рухливості в попереку відзначали 5 (33,3%) пацієнтів. Головні болі зменшилися у 33,3% хворих.

Після проведення реабілітаційних заходів показники відчуття болю у студентів з остеохондрозом поперекового відділу хребта знизились (слайд 10). Так, в ділянці попереку показники відчуття болю знизились з 6,2 балів до 3,3 балів; болі в попереку при нахилі тулуба в сторони знизились з 7,4 до 4,9 балів, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації. Амплітуда рухів поперекового відділу хребта у обстежених студентів, які страждають на остеохондроз також вірогідно збільшилась. Гіпомобільність тулуба із-за болів в попереку виявлена лише у 2 (13,3%) пацієнтів, нормалізувались показники гнучкості у 13 (87,6)%, що свідчить про зменшення і зникнення болю та підвищеного тону м'язів спини.

У результаті проведеного комплексу реабілітаційних заходів показники індексу станової сили у студентської молоді покращились. Кількість студентів у яких виявляли малу силу м'язів спини відповідно своєї ваги зменшилися з 37,5% до 12,5% у хлопців і з 42,8% до 14,3% у дівчат. Сила м'язів спини нижче середньої у хлопців зменшилась з 50,0% до 37,5%, для дівчат цей показник зменшився з 42,8% до 28,5%. Натомість середня сила м'язів тулуба відповідно від своєї ваги збільшилась з 12,5% до 62,5% у хлопців і з 14,3% до 57,1% у дівчат.

Висновки.

1. Під впливом комплексної програми фізичної реабілітації поряд з покращенням клінічної картини відмічено більш виражену позитивну динаміку показників підвищення амплітуди рухів в поперековому відділі хребта. Середні показники відчуття болю в ділянці попереку знизились з 6,2 балів до 3,3 балів. Нормалізувались показники гнучкості у 13 (87,6)%, що свідчить про зменшення і зникнення болю та підвищеного тонусу м'язів спини.

2. Кількість студентів у яких виявляли малу сила м'язів спини відповідно своєї ваги зменшились з 37,5% до 12,5% у хлопців і з 42,8% до 14,3% у дівчат. Натомість середня сила м'язів тулуба збільшилась з 12,5% до 62,5% у хлопців і з 14,3% до 57,1% у дівчат.

Література.

1. Котешева И.А. Нарушение осанки. Лечение и профилактика /И.А. Котешева – М.: Узд-во Эксмо, 2004. – 208с.
2. Трубников В.Ф. Ортопедия и травматология – М: Медицина, 1987. – 526 с.
3. Шанько, Г.Г. Клинические проявления поясничного остеохондроза у детей и подростков / Г.Г. Шанько, СИ. Окунева. - Минск : Наука и техника, 1985. — 127 с.
4. Язловецкий В.С. Физическое воспитание подростков с ослабленным здоровьем /В.С.Язловецкий – К.: Здоров'я, 1987. – 136 с.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

Григорчук Інна

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. Стаття присвячена характеристиці заняття з фізичної культури та вибору найбільш доцільних вправ та навантажень для корекції соматичного здоров'я учнів середніх класів спеціальної медичної групи.

Summary. The article is devoted to the characterization studies on physical training and selection of the most appropriate exercise and stress for correction of physical health of middle class special medical group.

Актуальність. У теперішній час велика увага приділяється рівню соматичного здоров'я. До компонентів соматичного здоров'я належать: руховий розвиток, рухова підготовленість і руховий стан, які є фізіологічною основою фізичного і психологічного благополуччя. Одним із важливих показників стану здоров'я людей, є фізичний розвиток, під яким розуміють комплекс морфологічних і функціональних властивостей організму, що визначає запас його рухових можливостей.

Мета роботи: на основі літературних даних визначити найбільш оптимальне навантаження у програмі спеціальної медичної групи учнів середніх класів та скласти для них комплекси дихальних вправ.

Виклад основного матеріалу. За результатами поглибленого медичного огляду, на основі оцінки стану здоров'я і фізичного розвитку, шкільним лікарем, на початку кожного навчального року складаються списки медичних груп, які потім узгоджуються з лікарями відповідних профільних спрямувань (ревматологом, ортопедом, хірургом, окулістом, лікарем лікувальної фізичної культури). До спеціальної медичної групи належать діти зі значними відхиленнями в стані здоров'я, яким протипоказані значні фізичні навантаження. Ці відхилення можуть бути постійного або тимчасового характеру (після перенесення захворювань). З учнями спеціальної медичної групи проводять заняття за спеціальною програмою, цим дітям потрібні заняття лікувальної фізкультури [1].

Додаткова класифікація відповідно до характеру захворювань: група А – серцево-судинні і дихальні захворювання; група Б – шлунково-кишкові захворювання; група В – порушення зору; група Г – захворювання ендокринної системи і обміну речовин; група Д – захворювання опорно-рухового апарату.

У програмі для спеціальної медичної групи обмежені вправи на силу, швидкість, витривалість, значно зменшені дистанції ходьби та бігу, стрибки пов'язані зі значним напруженням та вібрацією тулуба. Програма повинна враховувати стадію та динаміку патогенезу захворювань учнів даної групи. Освоєння програм дає можливість покращити самопочуття учнів і підготувати до переведення їх до підготовчої, а згодом і до основної медичної групи [4]. Такий підхід, навіть при довготривалих дисфункціях, дає можливість учням засвоїти основи рухові уміння для формування професійних навичок в майбутньому.

Тому основною формою організації навчальної діяльності є групове заняття [3], а головним принципом у роботі з дітьми індивідуальний підхід. Це завдання вирішується за рахунок диференціації методики (різні вихідні положення, ступені напруження, амплітуди рухів, дозування і таке інше.)

Велике значення відіграє використання дихальних вправ на уроках спеціальної медичної групи. Сухарев В.А. вважає, що повітря, яке рухається по нижнім та середнім носовим ходам, охолоджує склепіння носоглотки та вентилює основну пазуху черепа, яка своєю задньою стінкою межує з гіпофізом. Для нормальної роботи гіпофіза потребує ритмічного охолодження, яке і забезпечується носовим диханням. При відсутності охолодження порушується робота гіпофіза, що негативно позначається на функціонуванні організму [7]. Одним з основних завдань фізичного виховання дітей з ослабленим здоров'ям є навчання їх правильного дихання, формування навичок довірного керування диханням. Порушення функції дихання, особливо при фізичних навантаженнях, утруднює діяльність системи кровообігу, знижує насиченість крові киснем і призводить до порушення обміну речовин. Дихальні вправи полегшують роботу серця, сприяють нормалізації нервової регуляції

дихання і усуненню порушень в діяльності дихальної системи, збільшують життєву ємність легенів, сприяють дифузії газів у легенях і насиченню крові та тканин киснем, поліпшенню постави, позитивно впливають на загальний стан здоров'я учнів.

Підвищення рівня фізичного розвитку, зміцнення здоров'я і ріст фізичної працездатності школярів середніх класів сприяють поліпшенню розумової працездатності.

Систематичне, раціональне, цілеспрямоване застосування різноманітних комплексів фізичних вправ позитивно впливає на послаблений організм школярів спеціальних медичних груп. Вони спричиняють зміну реактивності у потрібному напрямі, збагачують умовно – рефлекторну діяльність дитини новими властивостями, поліпшують «урівноваження» з навколишнім середовищем, сприяють кращій функціональній адаптації в умовах цього середовища, яке безперервно змінюється.

Нами розроблений комплекс ЛФК для дітей спеціальної медичної групи середнього шкільного віку.

Комплекс 1. Вдих через ніс — видихання через рот. Вдих і видих через ніс. Грудний та черевний тип дихання (у положенні стоячи, руки на поясі). Змішаний тип дихання в положенні стоячи та лежачи. Дихання при рухах руками в сторони, вгору, вперед, назад. Дихання при напівприсідах і повних присіданнях. Дихання під час ходьби (кількість кроків 3-3;4-4;2-2; видих довший, ніж вдих.

Комплекс 2. Грудне дихання (у положенні стоячи, сидячи, лежачи). Черевний (діафрагмальний) тип дихання в положенні стоячи. Змішаний тип дихання (повний) у положенні стоячи, сидячи, лежачи. Дихання при різних рухах руками (в сторони, вгору, за голову та інше). Дихання в напівприсідах, у присідах, випадах та поворотах тулуба. Дихання при нахилах тулуба вперед, назад, в сторону. Дихання під час ходьби в різних варіантах (2 кроки – вдих, 2 кроки - видих, 3:3; 4 : 4; 5 : 5. Теж з більш подовженим видихом - 2 : 3; 3 : 4; 4 : 5. Дихання при переході з бігу на ходьбу.

Комплекс 3. Ритмічне дихання через ніс (30-60 сек., частота дихання звичайна). Те саме з підрахунком кількості вдихів та видихів за сигналом (15-30-60 сек.) Ритмічне дихання через одну ніздрю (другу закрити рукою, 30-60 сек., поперемінно 3-4 рази). Черевне дихання. Грудна клітка нерухома, під час вдиху нижню частину живота вигнути вперед, під час видиху передню стінку живота енергійно втягнути. Повторити 4-6-8 разів. Для перевірки дихальних рухів одну руку накладають на груднину, другу на живіт.

Висновки:

Спеціальні фізичні вправи залишаються одним з найбільш важливих методів впливу на руховий розвиток, рухову підготовленість і відповідно відбувається корекція соматичного здоров'я дітей. Емоції, відчуття задоволення від м'язової діяльності сприятливо впливають на психіку хворих учнів, посилюють функції ендокринної системи (збільшення вмісту в крові адреналіну та інших гормонів).

Під впливом фізичних вправ поліпшується обмін речовин, кровообіг, дихання. Усе це дозволяє підкреслити значення загальнотонізувального впливу фізичних вправ. Універсальність тонізуючого впливу фізичних вправ на весь організм – характерна особливість їх застосування для учнів середніх класів спеціальної медичної групи.

Література.

1. Майер В.І. Фізична культура. Програма для спеціальної медичної групи. 5-9 класи./В.І.Майер., В.В.Деревянко. - Київ, 2008. - 65с.
2. Язловецкий В.С. Физическое воспитание подростков с ослабленным здоровьем./В.С.Язловецкий. - К.: «Здоров'я», 1987. – 136 с., ил.
3. Линець М.М. Основи методики розвитку рухових якостей./М.М.Линець. - Львів: Штабар, 1997. - 207 с.
4. Линець М.М. Витривалість, здоров'я, працездатність./М.М.Линець., Г.М.Андрієнко. - Львів, 1993. - 131 с.
5. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры: Учебн. для институтов физ. Культуры/Л.П.Матвеев. - М.: ФиС, 1991. - 543 с.
6. Сермеева Б.В. Определение физической подготовленности школьников /Под. ред. Б.В.Сермеева. - М.: Педагогика, 1973. - 104 с.
7. Інтернет ресурс <http://www.teacherjournal.com.ua/shkola/fizichne-vixovannya/3840-fzichna-kultura-z-dtmi-vdnesenimi-do-speczhalno-medichno-grupi.html>
8. Шиян Б.М. Методика фізичного виховання школярів./Б.М.Шиян. - Львів: ЛОНМЮ, 1996. - 232 с.

ВИБІР МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ТА ДІСКІНЕТИЧНОЮ ФОРМАМИ ДЦП

Западнюк Алла, Стовбецька Яна

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. Стаття присвячена характеристиці методів, які застосовуються при фізичній реабілітації дітей з основними формами дитячого церебрального паралічу, вибору найбільш ефективної та дієвої методики.

Summary. The article is devoted to the characterization methods used in physical rehabilitation of children with cerebral palsy and select the most effective and efficient methods.

Актуальність. Серед безлічі невирішених на сьогодні питань у медичній сфері України однією з найгостріших проблем є проблема лікування і реабілітації дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи. Рівень таких захворювань зростає в усьому світі і наша країна не є винятком. Дитяча інвалідність на 60-70% представлена саме патологією нервової системи. Головною ж патологією нервової системи є ДЦП.

Дитячий церебральний параліч – це збірний термін для групи захворювань, які проявляються, у першу чергу, через порушення рухів, рівноваги і положення тіла. Причиною ДЦП є порушення розвитку мозку або

ушкодження однієї або кількох його частин, які контролюють м'язовий тонус і моторну активність (рухи). Перші прояви ураження нервової системи можуть бути очевидними вже після народження, а ознаки формування ДЦП можуть проявлятися ще у грудному віці. Діти із церебральними паралічами відстають у своєму моторному розвитку від однолітків і пізніше досягають таких вік моторного розвитку, як перекидання, сидіння, повзання, ходіння [1,4].

Спільним для всіх пацієнтів з церебральними паралічами є складнощі контролю над свідомими рухами та координування роботи м'язів. Через це навіть простий рух є складним до виконання при ДЦП.

Мета роботи: порівняти спастичну та дискінетичну форми ДЦП, вибір найефективніших методів фізичної реабілітації дітей.

Виклад основного матеріалу. Термін ДЦП існує вже більше століття, сама хвороба ймовірно існувала і без назви протягом усієї історії людства. Однак, незважаючи на свою довгу історію, дотепер немає єдності в поглядах на цю проблему. Опис хворих із вродженими паралічами має місце в працях Гіппократа, Галена. Але лише в XVIII – на початку XIX століття проблема вроджених паралічів привернула увагу дослідників. J. Cazauvielh (1827) представив клінічно-анатомічні паралелі при геміплегіях, для позначення яких він уперше примінив термін "вроджений церебральний параліч"[2].

Виділяють такі форми церебральних паралічів:

Спастичні (пірамідні) форми: підвищення м'язового тону є визначальним симптомом цього типу. М'язи напружені, тугі (спастичні), а рухи є незграбними або неможливими. В залежності від того, які частини тіла вражаються, спастичні форми ДЦП поділяються на: диплегію (обидві ноги), геміплегія (одна сторона тіла) або тетраплегія (все тіло).

Спастична диплегія – найбільш поширений різновид церебрального паралічу, відомий також під назвою «хвороба Літгла». Вражає обидві половини тіла, причому більшою мірою ноги, ніж руки. Для спастичної диплегії характерне раннє формування контрактур, деформацій хребта і суглобів. Геміплегія – в перекладі з грецької (hemi – «напів» та plege – «удар, ураження»). Спастична геміплегія характеризується порушенням однієї частини тіла (рука зазвичай уражена більше, ніж нога). Виникає внаслідок порушень кровообігу головного мозку (крововилив у мозок, емболія або тромбоз мозкових судин), запальних захворювань або пухлин головного мозку (арахноїдит, енцефаліт та ін.), пошкодження рухової пірамідної системи мозку. Діти з геміпарезами опановують вікові навички пізніше, ніж здорові. Тому рівень соціальної адаптації більшою мірою визначається не ступенем рухового дефекту, а інтелектуальними можливостями дитини. Клінічно характеризується розвитком спастичного геміпарезу, затримкою психічного та мовленнєвого розвитку. При цій формі нерідко зустрічаються фокальні епілептичні напади.

Тетраплегія в перекладі з давньогрецької означає «чотири» та «удар», тобто параліч усіх чотирьох кінцівок. Виникає при пошкодженні верхнього відділу шийної частини спинного мозку або обох півкуль головного мозку (важка черепно-мозкова травма). Рухові розлади виражені рівною мірою в

руках і ногах або руки уражені сильніше, ніж ноги. Для даної форми характерне раннє формування контрактур, деформацій тулуба і кінцівок.

Дискінетична (екстрапірамідна) форма проявляється порушенням координації рухів. Виділяється два основних її підтипи.

Атетодна (гіперкінетична) форма проявляється повільними або швидкими неконтрольованими рухами у будь-якій частині тіла, включно з обличчям, ротом та язиком. Приблизно 10-20% випадків ДЦП відносяться до цього типу.

Атактична форма характеризується порушенням рівноваги та координації. Якщо такий хворий може ходити, то його хода невпевнена і хитка. Пацієнти з цією формою мають проблеми із виконанням швидких рухів та рухами, які вимагають тонкого контролю, як наприклад письмо. Така форма складає 5-10 % випадків ДЦП.

Порівнюючи спастичну та дискінетичну форми, можна виділити основні відмінності:

Спастична форма: підвищений м'язовий тонус. М'язи є напруженими, тугими (спастичними), а рухи незграбними або неможливими. Ураженням може бути не все тіло, а лише певна частина.

Дискінетична форма: м'язи знаходяться в гіпотонусі, рухи повільні або швидкі неконтрольовані, які можуть проявлятися у будь-якій частині тіла. Відбувається ураження всього тіла.

Тому на заняттях з ЛФК при спастичній формі більша увага приділяється вправам на розслаблення та розтягування м'язів, а при дискінетичній – вправам на зміцнення м'язів.

Одним з найважливіших методів лікування ДЦП є фізична реабілітація, яка переважно починається ще в перші роки життя дитини, відразу після встановлення діагнозу. При цьому застосовують комплекси вправ, спрямовані на дві важливі цілі – не допустити ослаблення та атрофії м'язів внаслідок недостатнього їх використання, та уникнути контрактур, при яких напружені м'язи стають малорухомими та фіксуються в патологічному положенні.

У Вінницькому центрі соціальної реабілітації дітей інвалідів «Промінь» окрім традиційних засобів фізичної реабілітації – ЛФК та масажу – застосовуються також нові, нетрадиційні: лікувальний костюм «Гравістат», нейро-ортопедичний реабілітаційний пневмокостюм «Атлант», тренажер "МОТОmed", апарат Локомат.

Лікувальна фізична культура – найважливіша частина процесу фізичної реабілітації. Заняття фізичними вправами при спастичній та дискінетичній формах ДЦП мають оздоровчий і загальнозміцнюючий вплив на дитячий організм; покращують обмінні процеси та кровообіг; запобігають появі спайок між навколишніми тканинами; підсилюють ослаблені м'язи, відновлюють рухову координацію, борються з викривленнями хребта. ЛФК доцільно використовувати при обох формах ДЦП.

Масаж є невід'ємною складовою фізичної реабілітації при ДЦП. Проте в залежності від форми хвороби характер дії впливу різний. При спастичній

формі ДЦП основною метою масажу є зняття гіпертонусу м'язів, розслаблення спазмованих м'язів, попередження розвитку контрактур. При дискінетичній формі основною метою є тонізування, стимулювання функції м'язів, зменшення трофічних розладів.

Лікувальний костюм «Гравістат» дозволяє використати метод динамічної пропріоцептивної корекції. Цей костюм створює еластичний каркас для тіла або окремих його частин, при цьому фіксуються надп'яtkово-гомiлковий і колінний суглоби, забезпечується правильна постановка стопи та активна діяльність її м'язів. Лікувальні костюми «Гравістат» застосовуються при усіх клінічних формах ДЦП, крім подвійної геміплегії.

Нейро-ортопедичний реабілітаційний пневмокостюм «Атлант» має вигляд комбінезона, в якому є натяжні пристрої – трубчасті камери, розташовані уздовж кінцівок і тулуба на спині по ходу м'язів-антагоністів, які надуваються насосом. Нагнітання в камери повітря створює загальне обтиснення тіла і кінцівок і активізує пропріоцептивне подразнення, яке викликає потужний потік імпульсів в рухову зону кори головного мозку, посилює реакцію α - γ -мотонейронної системи, що забезпечує нейрофізіологічні умови для утримання пози. Особливіть даного костюму полягає в тому що він розвантажує скелет хворого. Найбільш ефективним «Атлант» є при спастичній формі ДЦП.

Тренажер "МОТОmed" – це спеціальне терапевтичне обладнання (тренажер) для хворих з порушенням опорно-рухового апарату. Завдяки цьому тренажеру можливо збільшити рухливість у суглобах, що важливо при контрактурах, оскільки розробка контрактур дуже довгий, а головне складний фізично процес. При заняттях на тренажері відновлюється кровообіг, зникає м'язова скутість. Обертальні рухи в пасивному режимі на тренажері МОТОmed з підтримкою електромотора сприяють зниженню спастичності, а їх регулярне виконання може також поліпшити загальний фізичний і психоемоційний стан хворого. Особливо ефективний при спастичній формі ДЦП.

Апарат «Локомат – роботизований ортопедичний пристрій для відновлення навичок ходьби, обладнаний електричним приводом, що використовується в комбінації з біговою доріжкою. Локомоторна терапія дозволяє прискорити процес відновлення або освоєння навичок стояння і ходьби, поліпшується динамічна стабільність пацієнта у вертикальному положенні, завдяки багаторазовим повторенням формується стереотип ходьби, ритм кроку. Апарат «Локомат» дуже ефективний як для спастичної, так і для дискінетичної форми ДЦП.

Висновок. Реабілітація дітей із ДЦП має індивідуальний характер. Комплекс засобів для дітей з ДЦП з спастичною та дискінетичною формами повинен складатися фахівцями з урахуванням усіх складових діагнозу. Комплекси вправ спрямовувати на дві важливі цілі – не допустити ослаблення та атрофії м'язів внаслідок недостатнього їх використання при дискінетичній формі та уникнути контрактур, при яких напружені м'язи стають малорухомими та фіксуються в патологічному положенні при спастичній формі ДЦП. Фізична

реабілітація повинна відбуватися системно та бути максимально направлена на результат.

Література.

1. Бадалян Л.О. Дитячі церебральні паралічі / Л.О.Бадалян, Л.Т. Журба, О.В.Тимошина. - К,1938.
2. Іпполітова М.В. Виховання дітей з церебральним паралічем в сім'ї / М.В.Іпполітова, Р.Д.Бабенкова, Е.М.Мастюкова. -М.,1993.
3. Левченко І.Ю. Особливості психічного розвитку хворих ДЦП в дитячому і підлітковому віці / І.Ю. Левченко // Зб. медико-соціальна реабілітація хворих і інвалідів унаслідок дитячого церебрального паралічу. - М.,1991.
4. Мастюкова Е.М. Фізичне виховання дітей з церебральним паралічем / Е.М. Мастюкова. - М.,1991.
5. Інтернет ресурс: <http://www.dcp.org.ua/parents/abdcp/dcptyps.html>

ФОРМУВАННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З РОЗВИТКОМ В УКРАЇНІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кужільна Анастасія, Крачун Каріна

Університет державної фіскальної служби України, м. Ірпінь

Резюме. У статті подається формулювання поняття «фахівець фізичної реабілітації», визначаються особливості педагогічної діагностики, сформульовано поняття діагностичної компетентності у єдності реабілітаційно-оздоровчого та освітньо-професійного компонентів. Обґрунтовано формування різновидів груп, зокрема соціально-особистісних, загальнонаукових, інструментальних та професійних компетенцій майбутнього фахівця фізичної культури.

Summary. The article deals with the formulation of the concept of "physical rehabilitation specialist," the peculiarities of pedagogical diagnosis, the notion of unity of diagnostic competence rehabilitation and health and education and vocational components. Grounded forming species groups, including social and personal, general, instrumental and professional competence of the future expert of physical training.

Актуальність теми. У сучасних умовах загострення оздоровчих і демографічних проблем в Україні гостро постала необхідність фізичної реабілітації та відновлення здоров'я наших громадян, що виводить на порядок денний завдання з підготовки достатньої кількості висококваліфікованих фахівців, від яких залежить не тільки реалізація оздоровчого потенціалу фізичного виховання як компонента всебічного та гармонійного розвитку особистості, а й комплексне прогнозування відновлювальних потреб людини. За таких умов фахівці з фізичної реабілітації дедалі більше стають суб'єктами медичної, соціальної й психологічної допомоги. Із цих причин проблема підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до діагностичної діяльності як важливого етапу кваліфікованого відновлення організму людини засобами й методами фізичної культури є актуальною та своєчасною.

Мета: проаналізувати виникнення і розвиток фізичної реабілітації в Україні в розробленні та науковому обґрунтуванні формування компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації у процесі вивчення професійно-орієнтованих дисциплін.

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі **завдання:**

- 1) проаналізувати сучасний стан дослідження проблеми формування діагностичної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації;
- 2) узагальнити на основі педагогічних ідей і наукових підходів педагогічну характеристику діагностичної компетентності майбутнього фахівця з фізичної реабілітації в теорії та практиці вищої школи;

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань, в роботі використовуються методи аналізу й узагальнення наукової, навчально-методичної літератури.

Результати дослідження. Становлення фізичної реабілітації як науки та навчальної дисципліни зумовлене тим, що в суспільстві гостро постала необхідність комплексно вивчити процеси розвитку здоров'я людини (формування, лікування, відновлення, оздоровлення), етапи керованості станом здоров'я (підтримання, збереження, відтворення) взагалі і окремими його складниками (фізичне, психічне, репродуктивне та ін.) та виокремити види професійної реабілітації (соціальна, медична, фізична, психічна, педагогічна) [1].

Фізична реабілітація нині розглядається як галузь знань, що знаходиться на стику фізичного виховання і охорони здоров'я, має своєю метою максимальне відновлення функціональних можливостей організму людини шляхом використання фізичних вправ, тому підготовка фахівців фізичної реабілітації повністю відповідає завданням, що стоять перед українською системою охорони здоров'я і є на даний час надзвичайно актуальною [2].

Аналіз комплексу наукових і нормативних джерел у рамках проблеми дослідження засвідчує, що на початку 90-х років ХХ століття в Україні постала необхідність запровадження спеціальності «Фізична реабілітація». Становлення фізичної реабілітації як фаху в Україні відбувалось швидкими темпами: у 1994 році кафедри лікувальної фізичної культури і лікарського контролю (вищих навчальних закладів фізкультурного профілю) було реорганізовано в кафедри фізичної реабілітації; у 1997 році у Львівському інституті фізичної культури розроблено кваліфікаційну характеристику професії «фахівець з фізичної реабілітації», яку було затверджено наказом голови Держкомітету України з фізичної культури і спорту [3].

Учені зазначають, що в сучасних умовах для перспективного розвитку спеціальності «Фізична реабілітація» потрібно чітко визначити перелік дисциплін, необхідних для підготовки висококваліфікованих спеціалістів, та їхній обсяг. В. Зюзін і Т. Зінченко цілком слушно наголошують на необхідності розроблення типового навчального плану, освітньо-професійної програми, освітньо-кваліфікаційної характеристики для цієї спеціальності на державному рівні [4]. Фахівець з фізичної реабілітації – спеціаліст, головним цільовим

призначенням якого є організація роботи з відновлення порушених функцій організму людини засобами фізичної реабілітації, у тому числі технічними та біотехнічними. Метою професійної підготовки є формування високоосвіченого спеціаліста, який повинен мати достатній фаховий рівень, що дозволяє йому швидко та якісно вирішувати теоретичні та практичні задачі, пов'язані з фізичною реабілітацією хворих і травмованих, здійсненням первинної профілактики захворювань та діяльності з фізичної рекреації на основі сформованих діагностичних компетентностей.

Висновки. Отже, сучасний фахівець фізичної реабілітації визначається як особистість, яка володіє діагностичними знаннями, вміннями та навичками, котрі дозволяють їй у професійній діяльності використовувати фізичні вправи, а також спеціалістом, головним цільовим призначенням якого є організація роботи з відновлення порушених функцій організму людини засобами фізичної реабілітації. Діагностична компетентність розглядається у єдності реабілітаційно-оздоровчого та освітньо-професійного компонентів як певна властивість особистості, що має складну системну організацію.

Література.

1. Кукса В. О. Професійна підготовка фахівців з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах : дис. канд. пед. наук : / Володимир Олександрович Кукса. – К., 2002. – 317 с. – Бібліогр. : с. 187–207.
2. Приступа Є. Н. Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я населення / Є. Н. Приступа, А. С. Вовканич // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту [Текст] / Харківське обласне відділення національного Олімпійського комітету України; Харківська державна академія дизайну і мистецтв. – Х., 1998. – С.92-96.
3. Приймак М. А. Вищі навчальні заклади України на ринку освітніх послуг фізкультурного профілю / М. А. Приймак // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. – Луцьк, 2002. – Т. 1. – С. 51–53.
4. Зюзін В. О. Професійна підготовка фахівців фізичної реабілітації в сучасних умовах освіти / В. О. Зюзін, Т. М. Зінченко // Видання ЧДУ імені П. Могили, Екологія, випуск 167, том 179. – С. 113-115.

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ НА САМООРГАНІЗАЦІЮ ОСОБИСТОСТІ МОЛОДІ

Литвиненко Катерина, Клиша Іван

Університет державної фіскальної служби України, м. Ірпінь

Резюме. У статті розглядається проблема фізичної рекреаційної активності на самоорганізацію особистості молоді. Наведено основні форми та проблеми, що стають на шляху розвитку фізичної рекреації серед молоді. Охарактеризовано основні чинники посилення рекреаційного ефекту фізичної рекреації.

Summary. The article deals with the problem of recreational physical activity on the self-organization of the individual youth. The main form and the problems that stand in the way of the development of physical recreation among young people. The main factors that intensify the effect of recreational physical recreation.

Актуальність проблеми. Під фізичною рекреацією розуміють будь-які види рухової активності, покликані відновити сили, використанні в процесі професійної діяльності. Можна виділити такі головні ознаки фізичної рекреації: відображається у руховій активності, фізичні вправи виступають невід'ємною частиною, здійснюються у вільний або спеціально відведений час, важливими компонентами є інтелектуальні, емоційні та фізичні, є добровільним вираженням, являють собою освітньо-виховні компоненти, мають переважно розважальний характер та у них наявні певні рекомендаційні послуги [3].

Фізична рекреація має надзвичайно важливе значення для відновлення фізичних та психоемоційних сил людини. На сьогоднішній день, молоде покоління залежне від комп'ютерної техніки, соціальних мереж та інших науково-технічних явищ. У зв'язку з цим іде зменшення фізичних навантажень, що веде до ряду різних захворювань, таких як : гіподинамія, збільшення нервово-психічної втоми та інші. Фізична рекреація покликана зменшити ці негативні впливи сучасної цивілізації на життя молоді. Ця проблема потребує не лише теоретичного але і практичного вирішення.

Зміст нашого дослідження полягає в тому, щоб донести молоді, що рекреаційні діяльність виступає, як навичками організації та проведення рухливих ігор і розваг, самостійних занять спортивними іграми (футбол, волейбол, бадмінтон) та іншими видами спорту (за вибором); проведення лижних прогулянок і туристських подорожей, що є не менш цікавим та корисним проведенням часу .

Метою статті є на основі комплексного підходу визначити місце фізичної рекреації у довілля молоді.

Завдання та методи дослідження. У роботі використовувались методи аналізу й узагальнення наукової, навчально-методичної літератури, та власні спостереження.

Результати дослідження . Культура відновлення фізичних та емоційних сил так само важлива, як і вміння ефективно працювати. На сучасному етапі — з посиленням різноманітних тисків на людину — цей аспект життєдіяльності набуває особливої значущості. За таких обставин важливе значення має раціональний вибір форм рекреаційної діяльності з урахуванням індивідуальних особливостей, умов і способу життя, специфіки соціокультурного середовища і доступних можливостей.

Рекреація (лат. *recreatio* — відновлення сил, одужання) — добровільні заняття, пов'язані із задоволенням, відпочинком, відновленням фізичних і духовних сил після важкої праці, зняттям емоційної напруги та ін.; форма розваги та задоволення, засіб вільного проведення часу; відпочинок, відновлення сил людини, які були витрачені у процесі праці; будь-які види

діяльності на дозвіллі, в яких люди беруть участь добровільно, отримуючи задоволення.

Видатний англійський філософ Бертран Рассел стверджував, що вміти розумно розпоряджатись дозвіллям- вищий ступінь цивілізованості. Дозвілля становить 30-35% вільного часу, але, за даними вітчизняних соціологів, лише 10-12% людей уміють розумно організовувати своє дозвілля, займаючись у спортивних секціях, культурно-освітніх установах [4]. Що стосується молоді, то вони мають більше вільного часу, однак їхній час не завжди можна назвати рекреаційним. На основі багатьох соціальних опитувань можна зробити висновок, що молоді люди віком від 17 до 21 року, реакційним відпочинком вважають прогулянки в парку, походи в кіно, кафе, спілкування з друзями та гра в комп'ютерні ігри і лише невеликий відсоток молоді відповіли, що для них рекреаційний відпочинок представлений заняттями фітнесом, йогою, баскетболом, волейболом і танцями.

Фізична рекреація з усього списку перерахованих відпочинку респондентів займає всього 30%. При цьому фізичною рекреацією займалося 22% опитуваних. Таким чином можна сказати, що молодь підтримує активні види відпочинку, заняття спортом, відвідування спортивних секцій, заняття танцями, але в реальному житті приділяють цьому дуже мало часу. Під «відпочинком» молоде покоління розуміє «бездіяльність».

Більшість молоді займається активним відпочинком по сезонно. Якщо це зима, то вони надають перевагу гірко-лижним курортами, катанням на ковзанах, лижах, сноуборді. У більш жаркий період, відвідують басейни, організовують походи в гори. Найрізноманітніші види спортивно туризму, обираються мало, бо вважають, що не мають відповідної підготовки.

Основними рушійними силами, що спонукають молодь займатись активним відпочинком є зміна обстановки, пошук нових вражень або зняття стресу. У юнаків фізична рекреація викликає тільки позитивні емоції, вони пояснюють це тим, що активні види відпочинку приносять користь для здоров'я та моральне задоволення.

Серед цілей фізичної рекреації також є оздоровчі (покращення здоров'я, зняття стресу, відновлення гармонічного балансу, підвищення розумової працездатності), комунікативно- виховні (всебічний розвиток культури, манери спілкування), організаторські цілі (фізичний розвиток, прищеплення здорового способу життя) .

Таким чином, системо утворюючим чинником, що об'єднує різні аспекти рухової діяльності в рамках фізичної рекреації, є кінцевий результат - 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 [2].

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. Куцевич Т.Ю. Історія розвитку фізичної рекреації / Т.Ю. Куцевич, Н.Є. Панчелова, С.Б. Панчелов. – К: Академвидав, 2013 – ст. 160.
3. Рижкін Ю.Е. Психолого-педагогічні основи фізичної рекреації: навч. посіб./ Ю.Е.Рижкін – СПб: РГПУ ім. Герцена. 1997 – ст. 36 .
4. 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 Понсеті і Фрідмана)	<p>1. Прості сколіози:</p> <ul style="list-style-type: none"> • шийний; • шийно-грудний (верхньогрудний); • грудний (вершина викривлення на рівні Th8 – Th9); • груднопоперековий (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].

Дещо 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 МІОПЕЮ 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 населення, особливо серед дітей шкільного віку. Міопія – розповсюджене захворювання, що характеризується порушенням рефракції ока, а саме фокусування відбувається безпосередньо перед сітківкою. Міопія звичайно починає проявлятися у віці 7–15 років і надалі протягом усього життя може збільшуватися або залишатися на колишньому рівні без змін [6].

Відповідно до євроінтеграційних напрямків в Україні соціальна адаптація дітей з обмеженими можливостями, серед яких і вади зору, набуває особливого значення. Дослідженню цієї проблеми присвятили свої наукові праці як вітчизняні (В. В. Маруніч, Д. П. Винник, В. М. Ремажевська, І. Є. Ростомашвілі та ін.), так і закордонні вчені (Ф. Александер, В. Бейтс).

За даними А. А. Акманова (2015), А. І. Альошина (2015), Л. А. Бутова (2016), А. Б. Данкова (2012), Т. Г. Рідковець (2014), А. В. Ротова (2014) найчастіші погіршення зору у дітей спостерігаються у шкільному віці.

Р. С. Бутов у своєму дисертаційному дослідженні розглядає ряд способів фізичної реабілітації дітей шкільного віку з вадами зору в умовах спеціалізованих навчальних закладів [3].

А. Б. Данків у своїй праці досліджує вплив рухової активності, а саме використання занять народними танцями, як одного з ефективних засобів корекції психофізіологічного стану дітей з порушеннями зору [4].

Останнім часом окремими дослідниками теоретично і експериментально обґрунтовано використання засобів та методів, які спрямовані на корекцію фізичного стану дітей шкільного віку з послабленим зором у процесі фізичного виховання [6].

Однак, незважаючи на ряд наукових публікацій присвячених вирішенню проблеми міопії та покращенню фізичного стану дітей шкільного віку засобами фізичного виховання і фізичної реабілітації, дана проблема є нагальною і потребує пошуку нових технологій її вирішення.

Мета дослідження – корекція фізичного стану дітей з міопією слабкого ступеня засобами фізичної реабілітації.

Відповідно до поставленої мети визначено наступні **завдання дослідження**:

1. Визначити за даними наукової літератури стан вирішення проблеми збереження та покращення фізичного стану дітей шкільного віку з міопією слабкого ступеня.

2. Провести аналіз використання сучасних засобів фізичної реабілітації, які спрямовані на підвищення рівня фізичного стану дітей шкільного віку з порушенням зору.

3. Розробити рекомендацій щодо корекції фізичного стану дітей з міопією слабкого ступеня засобами фізичної реабілітації.

Виклад основного матеріалу. Фізична реабілітація є однією з складових у процесі відновлення зору у дітей хворих міопією будь-якого ступеня. Головна мета її – сприяння покращенню діяльності зорового апарату, розвитку фізичних та розумових якостей, які б сприяли у подальшому оптимальній інтеграції в сучасних умовах життєдіяльності.

Тому, складаються передумови для перегляду наявних підходів до процесу фізичної реабілітації дітей шкільного віку з вадами зору спрямованого як на профілактику, так і уповільнення прогресування міопії, а також корекцію фізичного стану школярів.

За дослідженнями Е. С. Аветисова, Ю. І. Курпана для профілактики короткозорості та призупинення її прогресування ефективним засобом є гімнастика, яка сприяє зміцненню м'язово-зв'язкового апарату ока, зміцнення склери тощо. Виходячи з цього визначається оздоровча, лікувальна і коригувальна спрямованість гімнастики (основної, пальчикової) очей як однієї з форм організації фізичної реабілітації дітей з порушенням зору [1]. Рухливі ігри та окремі елементи спортивних ігор мають загальнооздоровчий вплив, сприяють підвищенню емоційного тону, що особливо важливо в дитячому

віці. Їх систематичне застосування, особливо у комплексі з масажем, активізує нервово-руховий апарат, сприяє підвищенню обміну речовин [2].

Завдяки фізичним вправам підвищується рівень та інтенсивність обмінних процесів, посилюється кровообіг, збільшується кількість еритроцитів та гемоглобіну. Адекватні фізичні навантаження, у процесі фізичної реабілітації осіб з порушеннями зору, попереджають стомлення, перевтому, а також підвищують працездатність [5].

Фізичні вправи і масаж слід виконувати у комплексі з дотриманням норм раціонального харчування, яке має бути різноманітним та багатим на вітаміни, зокрема А, Е, С та мікроелементи (Са, Zn, Cu, Cr, Se). Тому, значна увага у реабілітації дітей з міопією приділяється дієтотерапії.

З розвитком комп'ютерних технологій широко практикується використання комп'ютерних програм, які спрямовані на покращення зору. Елементами варіативного компоненту програми на щадно-тренувальному руховому режимі можуть бути комп'ютерні програми «Чибис» та «Таблиця Шульте».

Отже, проблема пошуку нових сучасних засобів і методів фізичної реабілітації, корекції фізичного стану та профілактиці міопії у школярів є актуальною. На нашу думку, оптимального результату в корекції зору та в підвищенні рівня фізичного стану школярів можна досягнути лише за умови комплексного застосування засобів фізичної реабілітації з дотриманням наступних рекомендацій: в режим дня слід включити вправи на релаксацію (під супровід спокійної музики); періодично застосовувати психологічні способи стимуляції зору (запахи ялинки, мандарина і ваніліну позитивно діють на зняття психічної напруги); для розвитку зорового сприйняття (при метанні м'ячів, стрибках в довжину та інших вправах) рекомендується оцінювати відстань до предметів у просторі та простежувати їх рух (при цьому постійно змінюється акомодация кришталика, що сприяє розширенню поля зору, виробленню окоміру, точності рухів); дотримуватись спеціальної дієти (не бажано вживати ковбасні та копчені вироби, м'ясо жирних сортів, жирні, солоні, гострі страви, маргарин, солодку газовану воду, каву, какао, насичений чай, обмежити вживання солі, кондитерських виробів); дотримуватись режиму харчування – споживати їжу дрібними частинами, до 6 разів на день, але не менше 4 разів на день; під час перегляду телепрограм, при роботі за комп'ютером чи планшетом, а також після її закінчення, потрібно виконувати спеціальну гімнастику для очей (після 15 хв. роботи – тривалість гімнастики для очей – 1-1,5 хв.).

Висновки. Пріоритетним напрямком фізичної реабілітації дітей з міопією є пошук нових, ефективних засобів комплексної профілактики захворювань зорового аналізатора, з акцентом уваги на використанні спеціальних фізичних вправ та дотримання оптимального рухового режиму і режиму харчування.

Література.

1. Аветисов Э. С. Близорукость : [монографія] / Э. С. Аветисов. – [2-е изд., перераб. и доп.] – М. : Медицина, 2002. – 285 с.

2. Боровик В. В. Фізичне виховання дітей у педагогічній думці вітчизняних педагогів кін. XIX – поч. XX ст. / В. В. Боровик // Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя : Серія: Психолого-педагогічні науки. – 2011. – № 5. – С. 200-204.
3. Бутов Р. С. Фізична реабілітація дітей шкільного віку з вадами зору в умовах спеціалізованих навчальних закладів : автореф. дис. ...канд. наук з фізичного виховання та спорту : спец. 24.00.03 – фізична реабілітація / Р. С. Бутов : Нац. ун-т виховання і спорту України. – Київ, 2016. – 23 с.
4. Данків А. Б. Корекція психофізичного стану дітей з порушенням зору засобами народних танців : автореф. дис. ...канд. наук з фізичного виховання та спорту : спец. 24.00.02 – фізична культура, фізичне виховання різних груп населення / Андрій Богданович Данків : ДВНЗ «Прикарпатський нац. ун-т ім. В. Стефаника. – Івано-Франківськ, 2012. – 16 с.
5. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Видавництво НУФВСУ «Олімпійська література», 2005. – 472 с.
6. Рубан Л. А. Методики корекції міопії фізичними вправами / Л. А. Рубан // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. – Чернігів : ЧНПУ, 2016. – Вип. 136. – С. 193-198.

ЗАСТОСУВАННЯ НЕТРАДИЦІЙНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Поліщук Михайло

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. Представлений огляд літератури присвячений застосуванню нетрадиційних методів фізичної реабілітації у хворих на бронхіальну астму. Розглянуті варіанти клінічних проявів захворювання та традиційні способи лікування бронхіальної астми. Наведені сучасні нетрадиційні методи фізичної реабілітації та її тактика, що визначається станом пацієнта та типом клінічного перебігу.

Summary. There is represented an overview of literature, dedicated to usage of non-traditional methods of ill on physical rehabilitation. Variants of clinical manifestations and traditional ways of bronchial asthma's treatment are considered. There are given modern non – traditional methods of physical rehabilitation and its tactics, that is determined by the condition of the patient and type of clinic course.

Постановка наукової проблеми та її значення. Відповідно до оцінки Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у всьому світі від бронхіальної астми страждає 235 мільйонів людей, серед яких переважну більшість складають діти.

Бронхіальна астма (БА) розповсюджена не лише у країнах з низьким економічним розвитком але, й з високим рівнем життя. Більше 80% випадків смерті від астми приходяться на країни з низьким рівнем життя [1].

Нажаль, протягом останніх трьох десятиліть кількість алергічних захворювань, до яких належить і бронхіальна астма, неухильно зростає. Проведені епідеміологічні дослідження в різних регіонах світу зареєстрували стрімке зростання захворюваності на астму серед дітей від 4% до 8% та

дорослого населення від 2% до 15%. Динаміка розповсюдження бронхіальної астми свідчить про актуальність цієї проблеми й піднімає низку питань, які вимагають розробки комплексів організаційно-методичних заходів фізичної реабілітації, спрямованих на відновлення функції зовнішнього дихання, нормалізації кровообігу, покращення адаптаційних можливостей дихальної та серцево-судинної систем до фізичних навантажень, хребта, ребер, діафрагми, покращення метаболічних процесів, в організмі нормалізацію функцій центральної нервової системи (ЦНС). На сьогодні існує чимало певних засобів лікування та профілактики цього контингенту хворих. Спектр засобів відновлювального лікування хворих на бронхіальну астму досить різноманітний, однак не завжди є ефективним, що підтверджується неухильним зростанням цієї хвороби серед осіб молодого та дорослого віку [2].

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми. Як відомо, при нападі бронхіальної астми різко порушується механізм дихання, особливо видих, і повітря повністю не виходить із легень. Це призводить із кожним вдихом до збільшення об'єму повітря в альвеолах, наслідком чого є здуття легень, і падіння вентиляції, недонасичення крові киснем та недостатнього звільнення її від оксиду вуглецю. Лікування хворих на бронхіальну астму повинно бути комплексне й спрямовуватися, насамперед, на усунення клінічний прояв даного захворювання, для чого використовують медикаментозну терапію, що знімає спазм мускулатури бронхів і розширює їх просвіт. Використовують також такі медикаментозні засоби, що знижують чутливість організму до алергенів (десенсибілізуючі), нормалізують діяльність ЦНС, протидіють інфекції. Однак, незважаючи на таке різноманіття лікарських препаратів, методів діагностики й профілактики бронхіальної астми, триває неухильне зростання захворюваності серед осіб молодого та дорослого віку. Великого значення в лікуванні хворих на бронхіальну астму набувають засоби фізичної реабілітації, спрямованні на покращення функції зовнішнього дихання. Аналіз літератури показав, що в реабілітації осіб, що страждають на БА, також широко використовуються засоби та форми лікувальної фізичної культури (ЛФК). Велике значення приділяється адаптації хворих в умовах сучасного суспільства. На думку більшості зарубіжних авторів, застосування фізичних вправ – необхідна частина повсякденного життя хворих на БА, що вирішує задачі їх соціальної інтеграції. З огляду на це, актуальним залишається пошук та розробка нових науково-обґрунтованих та ефективних програм оздоровлення хворих на бронхіальну астму, відновлення їх працездатності, соціальної реабілітації та адаптації в суспільстві. Виникає потреба в використанні нових підходів та організаційних форм в комплексній реабілітації хворих на БА з можливістю використання різноманітних форм нетрадиційної фізичної реабілітації [3].

Завдання дослідження – вивчити й обґрунтувати сучасні засоби фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму.

Методи дослідження – аналіз сучасних літературних джерел.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. Нетрадиційні методи фізичної реабілітації при

захворюваннях органів дихання включають в себе різні види фізичних тренувань, системи дихальних вправ, елементи йоги, звукову і дренажну гімнастику тощо.

Основними завданнями фізичної реабілітації при бронхіальній астмі є:

1. Вдосконалення (нормалізація) вищих регуляторних механізмів ЦНС.
2. Покращення психічних процесів – вольових, відчуття, сприйняття.
3. Формування та закріплення навичок самоконтролю, саморегуляції, свідомий вплив на тип дихання, розслабленням м'язів.
4. Вдосконалення діяльності та збільшення функціональних можливостей дихальної системи (збільшення ЖЄЛ, легеневої вентиляції, екскурсії грудної клітки за рахунок покращення фізіологічних властивостей дихальних м'язів, покращення газообміну.
5. Загальне зміцнення та загартування організму. Підвищення опірності до застудних захворювань.

Оскільки комплексна фізична реабілітація має бути спрямована не тільки на корекцію порушень дихальної системи, але й на весь організм, зокрема на центральну і вегетативну нервову системи, то у цьому аспекті велику роль відіграє методика реабілітації з використанням танцювально-рухової терапії. Танці, є однією з форм ЛФК, що допомагають розв'язати завдання з корекції психофізичного та психоемоційного стану хворих (зокрема, дітей) вже на етапі фізичної реабілітації, а також їх подальшої соціальної інтеграції [4].

Дослідження, що підтверджує ефективність використання йоги для хворих БА, було проведено в лікарні Mittal Департаменту медицини (м. Аджмер, Індія). Було вибрано 50 випадків з показником об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1%) >70%. Після підтвердження діагнозу, хворі були випадковим чином розділені на дві групи: групу А та групу Б. Група А виконувала дихальні вправи, а група Б – медитативні практики. Після 12 тижнів було встановлено значне покращення функцій легень та зменшення симптомів БА у пацієнтів з групи А.

Ці результати ідентичні результатам інших досліджень Nagrathna et al., Goyeche et al., а також McFadden. У дослідженнях Cooper et al. використовувалися дихальні техніки Бутейко, при цьому було відмічено мінімальне покращення в функціонуванні легенів.

Дослідник Slader вивчав поверхневе носове дихання з невеликим покращенням в результаті функцій легень. Схожі результати було одержано в дослідженні Singh [5].

Висновки й перспективи подальших досліджень. З огляду літератури можна зробити висновок, що виокремлені засоби нетрадиційною фізичної реабілітації для хворих на бронхіальну астму є альтернативними до традиційних, обґрунтованими та повинні застосовуватися в процесі реабілітації.

Література.

1. Григус І. М. Методологічні аспекти розробки режимів фізичної активності реабілітації хворих на бронхіальну астму: автореф. дис. д-ра. мед. наук: 14.03.33

- “Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія” / І. М. Григус. – Ялта, 2010. – 35 с.
2. Валеев Н.М. Физическая реабилитация при бронхиальной астме. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры/ Под общей ред. проф. С.Н. Попова.- Ростов-на-Дону: Феникс, 1999.- С.308-316.
 3. Дикий Б.В., Ростока-Резнікова М.В. Немедикаментозні методи реабілітації хворих на бронхіальну астму. Методичні рекомендації-Ужгород, 2013-10-11с.
 4. Tarun Saxena, Manjari Saxena. The effect of various breathing exercises (pranayama) in patients with bronchial asthma of mild to moderate severity/ International Journal of Yoga - 2009; Volume : 2 ; Issue : 1; Page : 22-25
 5. <http://www.who.int/respiratory/asthma/ru>.

НАУКОВІ ПІДХОДИ ТА АЛГОРИТМ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ВАЖКОХВОРИХ

Самойлюк Оксана

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. У статті розглянуто особливості фізичної реабілітації при захворюваннях нервової системи. Здійснений опис структури програм реабілітації для дітей та підлітків, індивідуально підібраних програм ЛФК і поліпшення функціональних можливостей організму дитини з неврологічними порушеннями або патологіями.

Summary. The article discusses the features of physical rehabilitation in diseases of the nervous system. Placed description of the structure of rehabilitation programs for children and adolescents, tailor exercise programs and improve the functionality of the child with neurological disorders or pathologies.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Постановка проблеми. Захворювання нервової системи представляють значну соціально-економічну проблему в цілому у світі. Це обумовлено зростаючою поширеністю патології та великими економічними витратами, пов'язаними з остаточною інвалідизацією. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я у світі 25-30% функціональних розладів обумовлено захворюваннями нервової системи, з 1996 року цей показник збільшився в 2,5-3 рази. Інсульт, деменція, епілепсія і хвороба Паркінсона є найбільш важливими захворюваннями, що визначають смертність і захворюваність населення.

Реабілітація хворих – одна із актуальних і складних проблем медицини і неврології. Складовою частиною медичної реабілітації є нейрореабілітація, яка виходить за рамки класичної неврології, оскільки розглядає не тільки стан нервової системи при тому чи іншому неврологічному захворюванні, але і зміни функціональних можливостей людини. Нейрореабілітація – це реабілітація хворих з ураженнями нервової системи (Белова А. Н., 2002).

Пошкодження головного мозку, незалежно від того, чи є вони результатом інсульту, нещасного випадку або пов'язане із старінням організму, часто призводять до когнітивних порушень.

На сучасному етапі розвитку медичної науки ніхто не ставить під сумнів важливість раннього впливу терапевтичного лікування розладів, викликаних пошкодженням головного мозку. Інтенсивні дослідження в цій галузі призвели до розробки нових методів реабілітації.

Нейрореабілітація – це комплексний медичний процес, що дозволяє відновити функції організму і мінімізувати проблеми і функціональні зміни при серйозних пошкодженнях нервової системи, спинного мозку, паралічі ніг або всіх чотирьох кінцівок, черепно-мозкових травмах, отриманих в результаті дорожньо-транспортних пригод, інсультів, переломів хребта у хворих на остеопороз, видалення різних пухлин, а також хворих з вродженими патологіями і нейродегенеративними захворюваннями (церебральний параліч, множинний склероз, хвороба Паркінсона, синдром Гієна-Барре тощо) [1, 4, 5].

Найбільш очевидними наслідками пошкодження головного мозку є фізичні проблеми пов'язані з порушенням рухових функцій, проте не менш важливими стають в деяких випадках психологічні, когнітивні і соціальні проблеми. Метою нейрореабілітації є зменшення до мінімуму патологічного впливу на пацієнта і його життя ушкодження головного мозку, тому реабілітація повинна бути спрямована на вирішення всіх перерахованих проблем. Таким чином, щоб досягти найкращого результату, необхідний комплексний підхід до ведення пацієнта, який не буде зосереджений тільки на первинній патології або виникненні порушення [2, 3].

Мета дослідження – проаналізувати систему організації нейрореабілітації у неврологічних хворих.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, навчальних програм з фізичної реабілітації при нервових захворюваннях.

Результати досліджень. Нейрореабілітація – це складний, інтегрований процес. У процесі відновного лікування хворих поділяють три рівня реабілітації:

1-й рівень нейрореабілітації – справжнє відновлення порушених функцій організму, які повністю відновлюються або наближаються до вихідного стану.

2-й рівень нейрореабілітації – компенсація, заснована на функціональному перетворенні збережених систем мозку і попереджає розвиток патологічних станів, що перешкоджають регресу функціонального дефіциту. Якщо відновне лікування в рамках першого рівня направлено на відновлення безпосередньо самої функції, то в результаті компенсації з'являється нова організація функції та виправляються її окремі порушення.

3-й рівень нейрореабілітації – реадптація, тобто пристосування до дефекту, який залишається. Реадптація в рамках відновного лікування необхідна у випадках вираженого структурного ураження мозку, при наявності незворотного анатомічного і функціонального дефекту.

Перші два рівня відновного лікування розглядаються в рамках медичної реабілітації, а останній – в рамках соціальної [1].

Для успішної реабілітації дуже важливо, щоб пацієнт потрапив в реабілітаційний центр якомога раніше після події чи моменту захворювання. Для нейрореабілітації пацієнт повинен знаходитися в свідомості і стабільному стані. Рано почавши терапію в перші 3-4 місяці після травми, можна домогтися найкращих результатів.

За кожним пацієнтом закріплюється колектив медичного персоналу: лікар-реабітолог, медсестра, психолог, фізіотерапевт, логопед, соціальний працівник, які допомагають пацієнту навчитися жити самостійним, повноцінним життям в нових обставинах і зі своїми обмеженнями.

При нейрореабілітації дітей і підлітків застосовують програми для осіб з наступними неврологічними порушеннями або патологіями: церебральний параліч, недоношеність, розщеплення хребта, епілепсія; придбаними ураженнями головного мозку, отриманими після черепно-мозкових травм (легких, середніх і важких), інсультів, пухлин головного мозку, енцефаліту, аноксії – порушення мови і складнощі в читанні і письмі; проблеми організації і планування програми дій, порушення поведінки; порушення здатності до навчання: дислексія, дискалькулія; дефіцит уваги в зв'язку з гіперактивністю; порушення аутистичного спектру; обмеженими інтелектуальними можливостями; нейром'язовими захворюваннями.

Структура програми представлена такими складовими:

- діагностика: нейропсихологічні тести, які дозволяють визначити функції, що вимагають коректування;
- нейропсихологічна реабілітація всіх когнітивних функцій;
- використання платформи когнітивної телереабілітації для відновлення когнітивних функцій;
- програма інформування батьків і викладачів про наслідки патології і навчання технікам роботи з даною групою дітей;
- лікувальна фізкультура;
- вирішення проблеми нетримання сечі у дітей;
- дихальна фізіотерапія;
- бобат-терапія.

Застосовується індивідуально підібрана програма ЛФК, яка дозволить поліпшити стан дітей при недоліках функціональності і хронічної геміплегії і включає: тренування функції ходи, рівноваги; повсякденні заняття; розвиток фізичних якостей.

У нейрореабілітації використовуються: установки для мануальної терапії та новітні фізіотерапевтичні техніки і системи; системи для реабілітації функції ходьби зі зворотним візуальною зв'язком в поєднанні з віртуальною реальністю, Lokomat ®, GaitTrainer ®, сприяння в пересуванні Ekso-Bionics (екзоскелет-помічник при ходьбі); системи для реабілітації функції контролю за рухом руки і кисті: MIT Manus, Reo-Go і інтерактивні панелі з сенсорним управлінням Surface; платформа для ходи з системою мультисенсорної

стимуляції; платформа рівноваги із застосуванням системи кінематичного аналізу ходи і динамічної електроміографії для індивідуальної діагностики функціональних порушень; басейн і зону гідротерапії; системи для динамічних тренувань для розробки м'язових ланцюгів; коридор для терапевтичної ходи, оснащений системою кінематичного аналізу та синхронізованою динамічною електроміографією.

Передові клінічні методи терапії, технології та розробки для нейрореабілітації дітей і дорослих включають:

- сенсорні екрани "Microsoft®-Surface®" для трудотерапії;
- комп'ютери з інтерфейсом, керованим рухом зіниці, альтернативна комунікація за допомогою пристроїв мультимедіа;
- імплантування нейропротезів: нейростимуляція для контролю сфінктерів, функціональна електростимуляція, інтратекальна баклофенова терапія для контролю спастичності, діафрагмальна стимуляція;
- навчання ковтанню і контролю сфінктерів за допомогою системи Neurofeedback;
- контрольовану мультисенсорну стимуляцію для пацієнтів з важкими неврологічними порушеннями;
- застосування Ботулотоксина за допомогою селективної електроміографії;
- методи нейроурології;
- відновлення сексуальних функцій і допоміжні репродуктивні технології;
- програму адаптації до самостійного життя і повсякденної діяльності;
- програму для початку занять адаптивним спортом.

У нейрореабілітації застосовується неінвазивна стимуляція головного мозку з віртуальною реальністю, яка показана при лікуванні: нейропатичного болю, що виникає при ураженні або дисфункції нервової системи; нейропатичного болю на тлі ураження кісткового мозку; комплексного регіонального больового синдрому, відомого як "рефлекторна симпатична дистрофія (КРБС / РСД)"; фіброміалгії; мігрені; синдрому постіктального болю; люмбалгії; фантомних болів після ампутації.

Техніка нейром'язової електричної стимуляції (НМЕС) призначається для пацієнтів, які страждають нейрогенною дисфагією, і дозволяє посилити потенціал певних груп м'язів, що беруть участь в процесі ковтання, збільшити підйом гортані і поліпшити процес закриття глотки або ковтального рефлексу шляхом посилення сигналу, що передається центральною нервовою системою. Ця програма використовується при: порушенні скорочення м'язів кореня язика; дисфункції підйому м'якого піднебіння; недостатньому підйомі гортані; порушенні скорочення м'язів гортані; дисфункції відкриття верхнього стравохідного сфінктера.

Методи транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) дозволяють модулювати активність кори головного мозку безпечно і безболісно і застосовуються під час нейрореабілітації при лікуванні афазії, втрати здатності

говорити або розуміти мову, що виникає на тлі пошкодження певних відділів головного мозку.

Висновки. Терапія з використанням платформи когнітивної телереабілітації пропонує індивідуальну програму реабілітації при порушенні пам'яті та інших когнітивних функцій, отриманих в результаті черепно-мозкової травми, інсульту, пухлини, аноксії, інфекцій центральної нервової системи, множинного склерозу, хвороби Паркінсона, атаксії. Це лікування підходить для пацієнтів з порушеннями пам'яті, уваги, мови, здатності планувати власні дії, порушеннями лічби або швидкості обробки інформації, при виконанні повсякденних справ, дефіцитом уваги та порушеннями виконавчих функцій.

Література.

1. Ковальчук В.В. Медико-соціальна реабілітація пацієнтів після інсульту/ В.В.Ковальчук.- М., 2013.
2. The clinical rationale for cognitive rehabilitation therapy. Neurorehabilitation (VanSchouwen-VAN KRANEN), 2014. – P. 15-21.
3. Erickson, K. Aerobic associated with hippocampal volume in older people / K. Erickson, R.Prakash, L. Hu, L. Morris, KS, A.Kramer. -Н. 2009.
4. Yavuzer G.«Playstation Eye Toygames» improve elated upper limb motor function at Subacute stroke: a randomized controlled trial / G. Yavuzer, Overcoat, A. Athy, MB, HJ Stam // European Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 2008. - P.237-244.
5. Opara J. Innovative use of virtual reality to advance in the mirror paretic upper extremity therapy after stroke / J. Opara., W. Knight, J. Szczygieł, Mazurek, E. Wardejn // International Journal of Therapy and Rehabilitation, 2015. – P. 23-29.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ГОМІЛКИ

Семикрас Вікторія

*Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського*

Резюме. Стаття присвячена вивченню та аналізу науково-методичної літератури щодо засобів і методів фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки. Встановлено, що основними методами, які застосовуються у процесі реабілітації, є лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапевтичні методи та лікувально-оздоровче харчування.

Summary. The article is devoted to the study and analys of scientific literature which concerning the means and methods of physical rehabilitation of patients with fractures of the tibia. It was established that the main methods which used in the process of rehabilitation are medicine physical culture, massage, physiotherapy and healthy food.

Актуальність проблеми. Перелом гомілки – це травма, яка супроводжується порушенням цілісності малої або великої гомілкової кісток нижньої кінцівки. Травми гомілки складають 10% усіх пошкоджень скелета [1, 4]. Варто зазначити, що перелом кісток гомілки є важкою травмою і часто

супроводжується ускладненнями. Для того, щоб цього уникнути потрібно швидко розпізнати травму, надати першу медичну допомогу, а також застосувати адекватні засоби та методи фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки.

Як показав аналіз спеціальної наукової літератури [2, 3, 5], тривалість лікування даної категорії хворих проходить декілька місяців (6-8 місяців). На жаль, 14-15% хворих залишаються інвалідами [2, 4]. Пошук засобів і методів фізичної реабілітації пацієнтів після оперативного лікування переломів кісток гомілки є актуальною проблемою сучасної травматологічної науки та фізичної реабілітації.

Мета дослідження – на основі аналізу спеціальної науково-методичної літератури охарактеризувати й обґрунтувати застосування методів та засобів фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки на лікувальному етапі.

Завдання дослідження – систематизувати й узагальнити сучасні науково-методичні знання і результати практичного вітчизняного та закордонного досвіду з проблеми фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки.

Методи дослідження. Теоретичний аналіз й узагальнення даних науково-методичної літератури щодо фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки.

Результати дослідження. Процес фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки спрямований на усунення атрофії та нормалізацію тонуусу й еластичності м'язів гомілки та стегна, нормалізацію кровообігу в м'язах і сухожилках гомілки, усунення застійних явищ в м'яких тканинах гомілки, а також на повне відновлення всіх функцій нижньої кінцівки. Для досягнення вищевказаних завдань фізичної реабілітації деякі автори [1, 5] пропонують застосовувати різноманітні методи фізичної реабілітації з використанням лікувальної гімнастики, масажу, фізіотерапії та грязелікування, технологічні режими яких дозволяють одночасно впливати на вторинні загальні та місцеві прояви травматичної хвороби.

Важливим етапом відновлення функцій нижньої кінцівки є виконання фізичних навантажень, тому хворим призначають лікувальні фізичну культуру (ЛФК). Лікувальна фізична культура при переломах гомілки ділиться на три етапи. На першому етапі вирішуються наступні завдання: усунення набряків; підняття тонуусу м'язів; прискорення відновлення лімфо-і кровообігу в пошкодженій кінцівці; підвищення рівня рухливості суглобів [2]. Для реалізації вищевказаних завдань застосовуються різноманітні вправи: піднімання і опускання ушкодженої кінцівки; ідеомоторні вправи; утримання кінцівки в одному положенні; активні рухи пальцями ніг і ногами в тазостегновому суглобі (розгинання і згинання, приведення і відведення) тощо. Через 3-4 дні хворому дозволяється ходьба за допомогою милиць по території лікарні, включаючи сходи.

На другому етапі фізичної реабілітації застосування ЛФК передбачає усунення набряків ушкодженої кінцівки, відновлення навички переміщення, а також запобігання та профілактика ускладнень (викривлення пальців, розростання «шпор», травматична плоскостопість, деформація стопи тощо) [1, 4]. Серед вправ, які пацієнт виконує на даному етапі, виділяють наступні: згинання та розгинання стоп в підошві; вправа «велосипед», яку виконують одночасно двома ногами; розгинання і згинання ніг в коліні (одночасне та поперединне); напруга м'язів стегна (тривалість 4-5 с); рухи ніг, що нагадують стиль «брас» у плаванні; захоплення пальцями ніг дрібних предметів і утримання їх протягом нетривалого часу тощо. Дані вправи виконуються з різних вихідних положень - на животі, сидячи, на боці, лежачи на спині, упираючись ногами в підлогу, сидячи на стільці, сидячи з підтриманням пошкодженої кінцівки здоровою [2]. Вправи, які передбачають напругу м'язів, чергуються з вправами на розслаблення.

Приведення в норму всіх функцій організму і повне відновлення всіх рухових функцій пошкодженої кінцівки є завданнями третього етапу ЛФК. На даному етапі хворі з переломами кісток гомілки виконують біг і ходьбу з перешкодами, танцювальні кроки. При цьому потрібно фіксувати суглоб за допомогою еластичного бинта.

Масаж відіграє найважливішу роль у фізичній реабілітації травмованої кінцівки, а також сприяє прискоренню кровообігу, розширенню шкірних судин, підвищенню кровопостачання тканин. Після зняття гіпсу хворим найчастіше призначають лікувальне розтирання, яке спрямоване не лише на лікування застійних явищ, атрофії і контрактур, а й на підвищення загального тону м'язів нижньої кінцівки, повернення еластичності, а також на максимально швидке відновлення рухової активності пацієнта [1, 3]. Крім того, застосування такого масажного прийому як розтирання дозволяє впоратися з набряками, які виникають вище і нижче місця перелому. Розтирання м'язів проводиться в коловому, поздовжньому та поперечному напрямку зі значним тиском, для того, щоб промасувати не лише шкірний покрив, але й проникнути у глибоко лежачі тканини. Масаж виконується кінчиками пальців, основою долоні та великими пальцями із додатковим використанням різноманітних спеціальних кремів, які містять речовини, що сприяють відновленню тканин (Колаген Плюс, Хондроксид, Гепатромбін тощо). Однак, існують протипоказання до застосування масажу, які варто враховувати під час призначення курсу масажу, зон впливу й інтенсивності його виконання. Серед них виділяють захворювання шкіри, порушення кровообігу, а також серцево-судинні патології.

Щоб швидше відновити функції пошкодженої кінцівки, поряд з масажем призначають також теплові процедури, до яких відносять ванни, компреси і прогрівання [5]. Більшість з вищеназваних процедур пацієнт може робити самостійно вдома.

У процесі фізичної реабілітації не рідко застосовують фізіотерапевтичні процедури, до яких відноситься ультрафіолетове опромінення, інтерференційні струми, електрофорез, опромінення лампою солюкс. Ці процедури спрямовані

на зменшення запального процесу, покращення заживлення і відновлення структури тканин, інтенсифікацію обміну речовин і кровотоку в судинах гомілки.

На всіх етапах фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки важливим є відповідне харчування пацієнтів. У цей період варто більше споживати продуктів, які містять кальцій, фосфор, залізо, вітаміни А, С, D, Е, В₅, В₆, протеїни [1, 3]. Усі перераховані речовини беруть участь у формуванні кісткових тканин. Тому посилене споживання необхідних продуктів сприяє швидшому утворенню кісткового мозолу.

Висновки. Отже, проаналізувавши сучасну науково-методичну літературу з питання дослідження, ми дійшли висновку, що у процесі фізичної реабілітації хворих із переломами кісток гомілки застосовуються різноманітні методи та засоби, які доповнюють та підсилюють один одного. Найголовнішими методами є лікувальна фізична культура та масаж.

Література.

1. Епифанов В. А. Реабилитация в травматологии / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 331 с. – (Библиотека врача-специалиста).
2. Железний О. Д. Методика фізичної реабілітації осіб з переломами нижніх кінцівок на основі нетрадиційних засобів : [посібник] / Железний О. Д., Куц О. С. – Житомир : ЖДТУ, 2008. – 239 с.
3. Никаноров А. Применение нетрадиционных методов восстановления в комплексной реабилитации больных с переломами костей нижних конечностей / А. Никаноров // Теория и методика физического воспитания. – 2005. - №2/3. – С.56-59.
4. Ніканоров О.К. Підвищення ефективності програм фізичної реабілітації у хворих з переломами діафізів гомілки / О.К. Ніканоров. - Львів: Молода спортивна наука України, 2005. – Вип. 9, Том 2. – С.15-20.
5. Сиренко П. А. Физическая реабилитация двигательного аппарата в профессиональном спорте : [монография] / Сиренко П. А. – Харьков : [Новое слово], 2008. – 199 с.

СУЧАСНИЙ СТАН ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УКРАЇНІ

Харченко Світлана

Університет державної фіскальної служби України, м. Ірпінь

Резюме. Фізична реабілітація є частиною комплексної терапії яка спрямована на відновлення здоров'я й працездатності хворого. Проте на сьогодні її стан в Україні ще не має досконалості.

Summary. Physical rehabilitation is part of an integrated therapy that aims to restore the health and disability of the patient. However, its status in Ukraine is not yet perfect.

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку держава приймає пасивну участь у процесі оздоровлення суспільства, внаслідок чого поширюється індивідуальна активність населення, яке хоче покращити як рівень свого здоров'я, так і спосіб життя. Фізична культура впливає на життя та здоров'я людей, а саме на поведінку людини в різних ситуаціях, на фізичну підготовленість, на здоровий спосіб життя.

Мети тема: дослідження основних проблем сучасного стану та перспектив розвитку фізичної реабілітації в Україні. Створення організації Асоціації для підтримання розвитку різних видів фізичної реабілітації для різних хворих.

Результати дослідження. Фізична реабілітація є частиною комплексної терапії яку успішно поєднують з медикаментозною терапією, з різними фізіотерапевтичними методами лікування, застосовуючи методи заохочення, профілактики, лікування/втручання і реабілітації, внаслідок чого покращується фізичний, психологічний, емоційний і соціальний стан індивіда.

На сьогодні, в Україні не достатньо наукових джерел, де розглядається і досліджується таке поняття як фізична реабілітація. Дуже багато вчених працювало над цим, зокрема, над засобами фізичної реабілітації [1]. Ці дослідження допоможуть в майбутньому реабілітувати та підвищити загальний рівень здоров'я серед населення нашої держави.

У науковій літературі поширеним є таке трактування явища фізичної реабілітації: «це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих». В українському законодавстві (Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», 2006) фізичною реабілітацією названо систему заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні і компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення [3].

Таким чином, реабілітація — це комплекс лікувальних, психологічних, педагогічних, соціальних і трудових заходів, спрямованих на відновлення здоров'я й працездатності хворого.

Фізична реабілітація посідає одне з основних місць у комплексі реабілітаційних заходів, заснована на широкому використанні засобів фізичної культури й спрямована на лікування травм і захворювань, профілактику ускладнень, відновлення психологічної сфери хворого, відновлення побутових і трудових навичок.

Мета фізичної реабілітації – відновлювати, компенсувати та розвивати нові фізичні, психологічні, соціальні та інші вміння і навички людини, які б дозволяли їй брати активну участь у житті суспільства, беручи до уваги зміну власного оточення та довкілля.

Основний засіб фізичної реабілітації – фізичні вправи й природні фактори. Обов'язкова умова фізичної реабілітації – активна, вольова й цілеспрямована участь хворого в процесі лікування й виконання фізичних вправ[2].

Фізичну реабілітацію застосовують як метод активної, функціональної і патогенетичної терапії; вона покликана відновити у хворого порушені функції,

загально оздоровити його і зміцнити сили хворого, а також запобігти ускладненням захворювань.

Фізичні вправи необхідні для поліпшення здоров'я. Фізичні вправи - це важливий фактор збереження високої і продуктивної не тільки фізичної, але й психічної активності людини на довгі роки. Застосування фізичних вправ в фізичній реабілітації вимагає активної участі хворого у лікувальному процесі [1]. Дуже важливо визначити, який саме ступінь активності рекомендується тому чи іншому хворому з огляду на характер захворювання, ступінь функціональних розладів, загальний стан пацієнта і пристосованість до фізичних навантажень.

Фізичні вправи через м'язи впливають на рівень обміну речовин і діяльність найважливіших функціональних систем організму. Лікувальна дія фізичних вправ проявляється у складних психічних, фізіологічних і біологічних процесах, що відбуваються в організмі під час занять фізичної реабілітації [2].

На території України діють такі заклади фізичної реабілітації: Центр фізичної реабілітації INNOVO, Навчально-реабілітаційний центр «Джерело», Дитячий реабілітаційний центр «Сонячне світло», реабілітаційний центр «Еліта» та інші. Також з 2007 року почала діяти Українська асоціація фахівців фізичної реабілітації.

На сьогодні фахівців фізичної реабілітації готують у вищих навчальних закладах України з напряму підготовки фізична культура та спорт, професійну підготовку фахівців з фізичної реабілітації проводять у відповідних вищих закладах освіти: Львівському державному університеті фізичної культури, Харківській державній академії фізичної культури, Національному університеті фізичного виховання і спорту України та інших [1].

Слід зазначити, що з кожним роком фізична реабілітація набуває значного поширення у всіх галузях, вагомий внесок внесла Українська Асоціація фахівців фізичної реабілітації, адже визначила новий етап розвитку фізичної реабілітації в Україні. Організація Асоціації – це наша спроба заохочувати та запроваджувати високі стандарти реабілітаційної діяльності, освіти та практики, створення єдиного загальноукраїнського інформаційного середовища, партнерства та співпраці з владою, національними та міжнародними організаціями.

Фізична реабілітація є частиною комплексної терапії яку успішно поєднують з медикаментозною терапією, з різними фізіотерапевтичними методами лікування, застосовуючи методи заохочення, профілактики, лікування/втручання і реабілітації, внаслідок чого покращується фізичний, психологічний, емоційний і соціальний стан індивіда.

Висновок. На мою думку, в майбутньому за допомогою державної підтримки під керівництвом Асоціації фахівців фізичної реабілітації для розвитку та модернізації фізичної реабілітації слід вжити таких заходів:

- підвищити професійний рівень фахівців фізичної реабілітації та перепідготовки;

- на законодавчому рівні розробити методичку діяльності, за якою здійснюватиметься фізична реабілітація для різних соціально-вікових груп та різних захворювань;

- надавати консультації, інші супровідні послуги та запроваджувати комплексну фізичну реабілітацію в освітньо-навчальних, медичних та санаторно-курортних закладах та створювати реабілітаційні центри для оздоровлення, лікування організму та профілактики захворювань;

- обмінюватися досвідом з реабілітаційними центрами, медичними закладами та освітніми установами, іншими організаціями в межах держави та за кордоном, а також з окремими спеціалістами.

Література.

1. Вовканич А. С. Вступ у фізичну реабілітацію (матеріали лекційного курсу) : навч. посіб. / А. С. Вовканич. – Львів : [Укр. технології], 2008. – 199 с.
2. Мухін В.М. Фізична реабілітація: [підручник для вузів]/ В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.
3. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», 2006 р.

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СЕРЕД СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Щербина Катерина, Ільченко Юлія

Університет державної фіскальної служби України, м. Ірпінь

Резюме. У статті розкрито проблему ведення здорового способу життя в сучасному суспільстві, яке вимагають змін в державному підході до освіти, соціальної та культурної політики, а також прагнення покращити здоров'я нації.

Summary. The article covers the problems of healthy life style in a modern society which require changes in state approach to education, social and cultural policy and its concern for invigoration of the nation.

Актуальність проблеми. Молодь – рушій прогресу і розвитку кожної держави і для того, щоб кожен виконував всі свої функціональні обов'язки в суспільстві треба вести здоровий спосіб життя, який повинен бути направлений на підтримання оптимального фізичного та психологічного стану. Здоров'я нації - суттєвий показник суспільного та економічного розвитку держави. Пріоритетним завданням системи освіти є формування в особистості відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я свого оточення як найвищих суспільних та індивідуальних цінностей. І саме тому проблемою дослідження стало формування здорового способу життя у молодого покоління, що є достатньо важливою актуальною проблемою.

Впродовж багатьох років вчені проявляли інтерес до питання возвеличення здоров'я і усвідомлення важливості ведення здорового способу життя. Даним питанням займаються науковці: О. Яременко, О. Балакіревої, О.Вакуленко, Д. Кисленко, О. Буток, О. Терещенко, які провели серію

соціологічних досліджень відносно найрізноманітніших проблем формування здорового способу життя молоді: вживання у молодіжному середовищі тютюну, алкоголю, наркотиків; питання здорового харчування та психологічної підтримки; загартування та особиста гігієна; зайняття спорту та руховою активністю; сексуальне та репродуктивне здоров'я молоді, проблеми ВІЛ-інфікованих тощо [1, 3].

Стан здоров'я є показником духовного, соціально-економічного та медико-біологічного добробуту населення, рівня цивілізованості країни. Саме наприкінці ХХ – на початку ХХІ століття піднімається питання здорового способу життя. Цей час можна характеризувати, з одного боку, різкою зміною умов існування, з другого – розвитком нових технологій, які висувають високі вимоги до стану здоров'я людини.

Метою дослідження є вивчення уявлень та відношення молоді до власного здоров'я.

Завдання та методи дослідження. Досліджуючи питання здорового способу життя серед молоді було поставлено завдання визначення пріоритетних напрямків удосконалення життєдіяльності та організації спортивного дозвілля молоді. В роботі використовуються методи аналізу й узагальнення наукової, навчально-методичної літератури.

Результати дослідження. Сучасний етап розвитку суспільства характеризується зростанням захворювань, інвалідності, смертності, злочинності, різким зниженням стресостійкості і життєдіяльності організму людини, особливо дітей і молоді. Майже 90% учнів і студентів мають відхилення в здоров'ї, понад 50% – незадовільну фізичну підготовку. Враховуючи це варто зробити висновок, що в системі освіти та охорони здоров'я повинні передувати істотні зміни. Медицина сьогодення спрямована на усунення вже існуючої хвороби і не може істотно впливати на збереження здоров'я людини чи профілактику захворювань, тому варто визначити новий пріоритетний напрямок діяльності держави у сфері охорони здоров'я [4].

Здоров'я багато в чому залежить від способу життя, а саме: у першу чергу - відсутність шкідливих звичок. Це, звичайно, необхідна, але зовсім не достатня умова, адже здоров'я залежить від багатьох інших факторів, які об'єднуються в одне поняття – здоровий спосіб життя.

До основних факторів здорового способу життя належать:

1. Спосіб життя має велике значення для здоров'я людини і складається з чотирьох категорій: - економічної (рівень життя, на 50-55% визначається умовами і способом життя); - соціологічної (якість життя, на 25% - екологічними умовами); - соціально-психологічної (стиль життя); - соціально-економічної (устрій життя);

2. Рівень культури;

3. Здоров'я (на 15-20% воно обумовлено генетичними факторами і лише на 10-15% - діяльністю системи охорони здоров'я);

4. Мотивування.

Сутність проблеми формування здорового способу життя полягає у тому, що кожна людина особисто повинна пильно стежити за своїм здоров'ям, дотримуючись відповідних правил і вимог. На особливу увагу потребує дослідження стану молодого покоління, оскільки його здоров'я через 10-30 років – це здоров'я всієї держави [2].

Як здоров'я населення віддзеркалює минуле та сьогодення країни, так і її майбутнє безпосередньо залежить від здоров'я молоді. Українська Академія медичних наук констатує, що близько 75 % хвороб у дорослих є наслідком умов життя в дитячі та юнацькі роки.

За роки незалежності в Україні накопичено певний досвід законодавчого і нормативного забезпечення виховання в молоді здорового способу життя. Право кожного громадянина на охорону здоров'я деклароване у ст. 49 Конституції України і деталізується в основах законодавства України про охорону здоров'я. Збереження і зміцнення здоров'я української молоді проголошується також і у Законах України, і в інших нормативно-правових актах [5].

Висновки. Молодь як переважна сила є основним двигуном розвитку суспільства. Тому ще з шкільних років дітей потрібно привчати до ведення здорового способу життя задля їх міцного здоров'я та їхніх нащадків. Прикладом для наслідування молодим поколінням здорового способу життя повинні бути в першу чергу батьки, вчитель фізичної культури, школа, видатні та знамениті люди.

Література.

1. Буток О.В. Проблеми формування здорового способу життя у курсантів правоохоронних органів та шляхи їх вирішення /О.В. Буток, О.В. Малишев // Вісник Чернігівського Національного Педагогічного Університету ім. Т.Г. Шевченка Вип. 129 Т.3 [Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт]. – Чернігів, ЧДПУ, 2015. - С. 42-45.
2. Жабокрицька О.В. Нетрадиційні методи й системи оздоровлення: Навчальний посібник / О.В. Жабокрицька, В.С. Язловецький. – Кіровоград: РВЦ КДПУ ім. В. Вінниченка, 2001. – 187 с.
3. Коробейніков Г. В. Особливості фізичного розвитку у студентів-медиків із різним рівнем здоров'я / Г. В. Коробейніков, Л. В. Морська // Актуальні проблеми фізичної культури і спорту. – 2004. – № 2 – С. 95-100.
4. Купчинов, Р. И.Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи: пособие для преподавателей и кураторов средних специальных и высших учебных заведений / Р. И. Куп-чинов. – М. : ИВЦ Минфина, - 2004. – 211 с.
5. Лапін В.М. Безпека життєдіяльності людини / В.М. Лапін. – Л.: Знання, 2000.– 56 с.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Асаулюк Сергій, Корбачов Роман Дослідження силових здібностей у підлітків 11 та 15 років.....	3
Білокур Руслана Вплив педагогічної програми на розвиток гнучкості дівчат, які займаються художньою гімнастикою.....	6
Білоконь Вікторія, Безносько Наталія Перспективи розвитку центрів фізичного здоров'я населення «Спорт для всіх» в Україні.....	8
Бишовець Ірина, Черновський Сергій Шляхи активізації студентської молоді до фізкультурної діяльності.....	10
Вареник Дар'я, Ничипоренко Ігор Роль фітнесу в системі оздоровчої фізичної культури студенток.....	13
Воєвода Інна, Дораховський Олександр, Нестерук Юлія Сучасне формування духовного і фізичного розвитку особистості.....	16
Гайдук Єгор Олімпійська освіта в житті сучасних школярів	18
Данілов Андрій Розвиток витривалості студентів на заняттях з фізичної культури.....	20
Дігтяров Віктор Педагогічні технології розвитку сили у старшокласників.....	22
Діденко Олена Показники фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку.....	25
Дорош Леся Змістовний компонент занять для формування правильної постави школярів в процесі фізичного виховання.....	27
Зленко Олександр, Дудорова Людмила Валеологічна освіта у професійній підготовці студентів технічних спеціальностей ВНЗ	29
Зразюк Марта, Савченко Ірина Оцінка гнучкості у дівчат 6-7, 8-9 років, які займаються художньою гімнастикою.....	32
Кокошко Роман Використання технічних засобів для розвитку силових здібностей на уроках фізичної культури	36
Курчин Вікторія Аналіз впровадження системи пілатес у програмний матеріал з фізичного виховання студентів.....	40

Леоненко Катерина Сучасні фітнес-технології як засіб формування позитивного ставлення студентів до занять фізичними вправами та спортом	43
Лісовий Дмитро, Симоненко Степан Особливості спеціальної фізичної підготовки працівників правоохоронних органів під час здійснення правоохоронної діяльності....	46
Мельниченко Дмитро, Коваленко Юлія Обґрунтування методики розвитку рівноваги на уроках фізичної культури у дітей молодшого шкільного віку.....	49
Мордвинов Кирило, Чиженок Тамара Вивчення проблеми організації туристичної діяльності в загальноосвітніх навчальних закладах м. Запоріжжя.....	52
Нечипорук Ірина, Нанівський Андрій Актуальні проблеми студентського спорту.....	55
Новотарська Валентина, Войтович Едуард Діагностика рівня рухової активності учнів старших класів з урахуванням фактору здоров'я і культури поведінки	57
Осіпова Оксана Особливості показників фізичної активності студентської молоді.....	60
Покас Ярослав, Кузнецова Лариса Розвиток швидкісних здібностей учнів 8-9 класів під час занять футболом.....	62
Поліщук Тарас Формування професійних умінь у процесі виробничої (тренерської) практики в ДЮСШ студентів вищих навчальних закладів.....	64
Поліщук Іванна Фізкультурно-оздоровчі програми в системі фізичного виховання школярів.....	68
Рибаченко Дмитро, Грабарчук Вікторія Плавання та ритмічна гімнастика як форма підвищення рухової активності студентської молоді.....	70
Савчук Віталій, Леснікова Олена Вплив педагогічної технології на показники швидкісно-силових здібностей учнів середнього шкільного віку.....	75
Салабай Антоніна Фізична підготовленість дівчат-волейболісток 11-12 років	77
Синиця Ірина Розвиток фізичних якостей школярів, що займаються в секції з волейболу.	79
Сікорська Лілія, Невирянська Оксана Фізична активність як чинник здорового способу життя студентів.....	81
Тарасенко Світлана Фітбол-аеробіка як засіб формування у майбутніх педагогів мотивації до здорового способу життя	85

Феєр Ірина, Ломонос Анатолій	
Сучасні проблеми духовного і фізичного розвитку студентської молоді....	87
Хлус Марина	
Фітнес-технології як засіб оздоровлення студентів.....	89
Холопова Альона, Холопова Алла	
Розвиток рухових здібностей студентів спеціальної медичної групи засобами фітнесу.....	92
Швед Наталія	
Вплив сім'ї на мотивацію школярів до занять фізичною культурою і спортом.....	94

РОЗДІЛ 2.

СУЧАСНІ НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ ТА РОЗВИТОК ОЛІМПІЙСЬКОГО РУХУ

Басістий Микола	
Структура та зміст змагальної діяльності 14-15 річних гопаківців у дисципліні «Борня» (на прикладі рівня майстерності «Жовтяк»).....	97
Богуславський Михайло, Веселовська Уляна	
Видатні спортсмени університету державної фіскальної служби України....	101
Вознюк Костянтин	
Технологія силової підготовки кваліфікованих хокеїстів на траві	104
Гвоздецька Альона	
Порівняльна характеристика фізичної підготовленості юнаків 14-15 років у бігу на середні дистанції на етапі початкової спеціалізації....	108
Голота Маргарита	
Технологія розвитку швидко-силових якостей юних легкоатлетів на етапі початкової підготовки.....	112
Горбенко Андрій, Цуприк Олег	
Передумови формування адаптаційних реакцій волейболістів до навантажень.....	115
Денисюк Денис	
Аналіз техніко-тактичних дій бар'еристів у бігу на 400 м.....	118
Дерик Дмитро	
Оптимізація навчально-тренувального процесу студентів груп підвищення спортивної майстерності з пауерліфтингу в умовах вищого навчального закладу	123
Жалюк Павло	
Контроль витривалості легкоатлетів 16-17 років у підготовчому періоді річного циклу тренувань.....	127

Жмудь Ірина Система табата як метод удосконалення фізичної підготовленості боксерів.....	130
Жмуцький Павло Вплив різних режимів фізичних навантажень на спеціальну підготовленість веслувальників 14-15 років.....	133
Звонський Ігор, Чехівська Юлія Удосконалення силових здібностей легкоатлетів багатоборців у річному циклі тренування.....	136
Краєвський Сергій Характеристика показників фізичної підготовленості юних боксерів.....	139
Мешков Олексій Рівень знань юних спортсменів з олімпізму.....	141
Нужна Дарина Тактика змагальної діяльності в лижних гонках на спринтерських дистанціях.....	143
Онищук Павло Взаємозв'язок рівня розвитку основних фізичних якостей бігунів-спринтерів різної кваліфікації зі спортивним результатом.....	147
Орел Ольга Структура та зміст тренувальної роботи бігунів на кросові дистанції у підготовчому періоді річного циклу підготовки.....	151
Поліщук Вікторія Зміни показників фізичної підготовленості юних важкоатлетів протягом річного макроциклу.....	155
Попова Олена Особливості функціонування дитячо-юнацьких спортивних шкіл	158
Рак Катерина, Муляр Марія Педагогічна технологія формування спеціальних здібностей кваліфікованих футболісток на основі модельних тренувальних завдань...	161
Семенець Марина Інтегральна підготовка волейболістів в процесі навчально-тренувальних занять.....	163
Томляк Марина Застосування оздоровчих технологій фізичного виховання в групах початкової підготовки з тхеквондо.....	166
Торшина Діана Якісна оцінка показників фізичної та технічної підготовленості дівчат, які займаються художньою гімнастикою.....	169
Цуркан Богдан Діяльність паралімпійського комітету України з плавання.....	171
Шибенюк Тетяна Спортивний відбір у секцію легкої атлетики (теоретичний огляд).....	174

Шостак Владислав

Психорегуляторні впливи як основа психологічної підготовки спортсменів..... 176

Щерба Катерина

Ефективність виконання штрафних кидків кваліфікованими баскетболістками 180

Юшкевич Андрій

Діагностика швидко-силових здібностей бігунів на короткі дистанції в підготовчому періоді річного циклу тренувань..... 183

РОЗДІЛ 3.

РЕКРЕАЦІЯ І ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ – ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Белень Марія

Пошук нових технологій фізичної реабілітації дітей шкільного віку з порушеннями зору..... 187

Бойко Руслан

Фізична реабілітація осіб з деформуючими артрозами на етапі санаторного лікування..... 190

Бричко Марина

Вплив засобів лікувальної фізичної культури на фізичне здоров'я студенток педагогічного університету з нейроциркуляторною дистонією... 196

Грига Марія

Фізична реабілітація студентської молоді при остеохондрозі поперекового відділу хребта..... 202

Григорчук Інна

Застосування фізичних вправ для корекції соматичного здоров'я дітей середнього шкільного віку спеціальної медичної групи..... 205

Западнюк Алла, Стовбецька Яна

Вибір методів фізичної реабілітації у дітей зі спастичною та дискінетичною формами ДЦП..... 208

Кужільна Анастасія, Крачун Каріна

Формування діагностичної компетентності майбутніх фахівців з розвитком в Україні фізичної реабілітації..... 212

Литвиненко Катерина, Клиша Іван

Вплив фізичної рекреаційної активності на самоорганізацію особистості молоді..... 214

Ліфман Яна

Сколіоз у дітей: причини, діагностика, методи консервативного лікування. 217

Пилипчук Олена	
Комплексне використання засобів фізичної реабілітації у дітей з міопією слабкого ступеня.....	225
Поліщук Михайло	
Застосування нетрадиційних методів фізичної реабілітації у хворих на бронхіальну астму.....	228
Самойлюк Оксана	
Наукові підходи та алгоритм нейрореабілітації важкохворих.....	231
Семикрас Вікторія	
Фізична реабілітація хворих із переломами кісток гомілки.....	235
Харченко Світлана	
Сучасний стан фізичної реабілітації в Україні.....	238
Щербина Катерина, Ільченко Юлія	
Проблема здорового способу життя серед сучасної молоді.....	241

Наукове видання

УДК 796/799(06)

ББК 75я5

Ф 50

Фізична культура, спорт та фізична реабілітація в сучасному суспільстві: збірник наукових праць X Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції. – Вінниця: ТОВ «Фірма «Планер», 2017. - 249 с.

Відповідальний за випуск – Драчук А.І.

Оригінал-макет – Сірак Т.М.

Комп'ютерний набір – Сірак Т.М.

Формат _____. Папір офсетний. Друк різнографічний.

Гарнітура Times New Roman

Наклад ____ прим. Замовл. № _____

Видано ТОВ «Фірма «Планер»

м. Вінниця, вул. Визволення, 2/18

Тел.: (0432) 352-658