

ДЕЯКІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ 10-12 РОКІВ ПРИ КІФОТИЧНІЙ ПОСТАВІ

Підкопай Т.В., Піваєв О.М.

Харківська державна академія фізичної культури, Україна

Анотація. Описані основні результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації дітей 10-12 років при кіфотичній поставі. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації дітей 10-12 років при кіфотичній поставі дозволив створити і перевірити ефективність програми фізичної реабілітації для дітей з використанням методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

Ключові слова: фізична реабілітація, ортопедія, кіфотична постава, лікувальний масаж.

Постановка проблеми.

Одним з важливих показників здоров'я і гармонічного розвитку дитини є постава. За даними різних авторів порушення постави зустрічаються в 11-38 % випадків [1,4]. Найважливішими завданнями фізичного виховання дітей є загальний розвиток їх, зміцнення здоров'я, формування необхідних рухових навичок, правильної постави і попередження різних деформацій хребта, несприятливих змін форми грудної клітки і плоскостопості. Результати педагогічної роботи ряду авторів показують, що коригуюча гімнастика повинна розглядатися не як вузька процедура, а як система навчання і тренування дітей з акцентуванням уваги на питаннях виховання правильної постави. Досягається це шляхом розширення рухового режиму для школярів з включенням в будь-які заняття фізичними вправами вправи на поставу. Спеціальні заняття коригуючою гімнастикою також мають бути частиною загального і рухового режиму дня і вирішувати загальні завдання зміцнення здоров'я і фізичного розвитку учнів [8,10].

Зв'язок роботи з науковими планами: дослідження проводилося відповідно до навчального плану студентської науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації і рекреації в розділі фізичної реабілітації в ортопедії.

Аналіз останніх літературних джерел і публікацій.

Вивчення вітчизняної і зарубіжної літератури показує, що необхідність широких лікувальних і профілактичних заходів щодо боротьби з порушеннями постави набуває соціального значення. В зв'язку з цим на перший план висуваються питання вивчення причин, що викликають ці порушення, обґрунтування ефективної методики їх корекції і раціональної організації занять [10]. Останніми роками в літературі все більше обґрунтовується уявлення про те, що первинний чинник дефекту постави носить динамічний характер та зв'язаний з порушенням функціонального стану м'язів тулуба [6,10]. Дослідження ряду авторів показують, що зовнішні ознаки порушення постави знаходяться в прямому взаємозв'язку з тонузом окремих м'язів. Спочатку такі порушення м'язового тонусу носять нестійкий характер і усуваються за допомогою довільної симетричної напруги м'язів. При стійких фіксованих порушеннях постави, асиметрія в тонусі виражена різкіше і зберігається при довільній нарузі м'язів. Це свідчить про зниження функціональної здатності окремих м'язів і про необхідність їх асиметричного тренування [1,4]. Отже, в процесі занять коригуючою гімнастикою при фіксованих порушеннях постави доцільніше використо-

увати асиметричні коригувальні вправи, як найефективніше сприяючі розвитку компенсаторних можливостей м'язів, що забезпечують правильну поставу.

Більшість приведених нами авторів дотримуються думки, що найбільшу відносну цінність має комплекс засобів, що включає різні види фізичних вправ, що використовуються з лікувальною метою, в тісному контакті з медикаментозною терапією, фізичними чинниками, санаторно-курортним лікуванням [1,10].

Лікувальна фізична культура об'єднує широкий комплекс вправ, масажу і фізіотерапевтичне лікування, що визначає ефективність її дії при порушеннях функцій організму і визначає успіх медичної реабілітації хворих [6,10].

Мета статті. Описати деякі результати застосування засобів і форм комплексної програми фізичної реабілітації дітей 10-12 років при кіфотичній поставі.

Виклад основного матеріалу.

Дослідження проводилися в три етапи. На першому етапі була проведена робота по аналізу і узагальненню теоретичного матеріалу за даними спеціальної літератури, в ході якої були вивчені питання, що стосуються будови хребта; етапи формування хребетних вигинів, що характеризують правильну поставу; види порушень постави і причини їх викликають; основні підходи до профілактики і лікування порушень постави з акцентом на кіфотичну; основні підходи до призначення засобів фізичної реабілітації при цих порушеннях у дітей і підлітків [6]. В результаті цього була розроблена програма фізичної реабілітації для дітей з кіфотичним порушенням постави, яка включала класичну методику ЛФК (на шкільних уроках), дихальну гімнастику з елементами поверхневого дихання, дозованої ходьби у поєднанні з масажем і гартуючими процедурами.

Другий етап дослідження проходив в умовах ХГ №169. Під нашим спостереженням знаходилося 28 підлітків 10-12 років жіночої статі. Вони були розділені на дві групи: контрольну і основну (по 14 чоловік в кожній групі). Основну групу складали дівчата 10-12 років з кіфотичною поставою, які навчалися у спецмедгрупі ХГ №169. Контрольну групу складали діти, що не мали порушень постави.

Заняття з дітьми основної групи проводилися щодня. Діти займалися 2 рази в день 4 рази на тиждень, виконуючи комплекс лікувальної гімнастики, щодня самостійно, під контролем батьків, після попереднього навчання виконували комплекс дихальної гімнастики з елементами поверхневого дихання, міорелаксації і аутотренінгу. Усі діти отримували процедури класичного масажу

щодня (5-6 раз на тиждень), 15-20 процедур на курс лікування.

На третьому етапі досліджень була проведена обробка результатів для оцінки ефективності розробленої нами програми фізичної реабілітації для підлітків з кіфотичним порушенням постави. Отримані дані були оброблені за допомогою пакету статистичного аналізу EXCEL 2000. В результаті були зроблені обґрунтовані висновки і дані практичні рекомендації.

При первинному обстеженні, до реабілітаційних дій, показники витривалості м'язів спини, живота, правої і лівої половини тулуба у обстежених нами дітей з кіфотичною поставою були нижче, ніж у дітей з нормальною поставою. При повторному обстеженні відзначалася позитивна динаміка показників силової витривалості м'язів тулуба у дітей основної групи, проте вони були нижчими, ніж у здорових дітей порівнянної статі і віку. У дівчаток основної групи мало місце почастішання дихання в порівнянні із здоровими дітьми. Величини життєвої місткості легенів при первинному обстеженні у дітей основної групи достовірно не відрізнялися від показників здорових дітей, хоча і були нижче в абсолютних величинах. Величини пневмотахометричних показників при первинному обстеженні свідчать про те, що у дітей з кіфотичною поставою максимальні швидкості вдиху і видиху були достовірно нижче, ніж у здорових дітей.

Ми вважаємо, що це, більшою мірою, пов'язано з послабленням дихальних м'язів, про що свідчило зниження екскурсії грудної клітки. Проби із затримками дихання (гіпоксії) характеризують стійкість організму до умов гіпоксії. У обстежених нами дітей основної групи час затримки дихання на вдиху був в 2,35-2,5 разу менше, а на видиху – в 1,9-2,35 разу менше, ніж у здорових дітей. Це підтверджує наявність при кіфозі опору потоку повітря, що проходить через дихальні шляхи.

При повторному обстеженні при оцінці стану функції зовнішнього дихання у дівчаток основної групи відзначалося достовірне зниження величини ЧД, підвищення максимальної швидкості видиху. Інші показники достовірно не відрізнялися від величин здорових дітей.

Критеріями ефективності запропонованої програми фізичної реабілітації є:

1. З боку фізичного розвитку – зрісто-вагові показники, динамометричні показники, величини силової витривалості м'язів тулуба.

2. З боку кардіореспіраторної системи – ЧСС, АТ, їх динаміка і час відновлення після дозованого фізичного навантаження, ЧД, пневмотахометричні показники, величини проб гіпоксії[6].

Таким чином, запропонована нами програма фізичної реабілітації для дівчаток 10-12 років з кіфотичною поставою була ефективною, дозволила поліпшити їх фізичний розвиток, наблизити величини дихальної і серцево-судинної системи цих дітей до величин здорових дітей порівнянної статі і віку, здолати явища гіподинамії, адаптувати кардіореспіраторну систему до дозованих фізичних навантажень.

Висновки.

1. Вивчення та аналіз джерел сучасної спеціальної літератури з проблеми фізичної реабілітації дітей 10-12 років при кіфотичній поставі і дозволив визначити етіологію, патогенез, класифікацію та клінічні ознаки, методи лікування і механізми впливу засобів фізичної реабілітації на організм дітей молодшого шкільного віку.

2. Аналіз літературних джерел з проблеми фізичної реабілітації дітей 10-12 років при кіфотичній пос-

таві, дозволив вивчити і проаналізувати загальноприйнятту для даної категорії хворих програму фізичної реабілітації з використанням загальноприйнятих у травматології методик лікувальної фізичної культури, лікувального масажу і фізіотерапії.

3. Під впливом запропонованої нами комплексу реабілітаційних дій у хворих основної групи спостерігалася виражена позитивна динаміка показників, яка наближається до показників контрольної групи здорових дітей.

4. На основі одержаних даних про динаміку вищезазначених показників у дослідженого контингенту дітей можна зробити висновок, що запропонована нами комплексна програма фізичної реабілітації, яка включала поєднання лікувальної гімнастики, фізіотерапії та розробленої методики лікувального масажу надає загальноозміцнюючу дію на функціональний стан дітей 10-12 років з кіфотичною поставою і може бути рекомендована до використання у спеціальних медичних груп навчальних закладів.

Перспективи подальших досліджень. Дані, отримані в цьому дослідженні, будуть використовуватися в подальшій науковій і практичній роботі.

Література:

1. Андрианов В.Л., Багров Г.А. Заболевания и повреждения позвоночника у детей и подростков. - Л.: Медицина, 1985.- С.52-54.
2. Бирюков А.А. Лечебный массаж: [учебно-пособие] / А.А. Бирюков. – К.: Олимпийская литература, 1995. – 200 с.
3. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту. – 2-е вид., перероб. й доп. / П.Б. Єфіменко. – Х.: ХНАДУ, 2013. – 296 с.
4. Каптелин А.Ф. Функциональные нарушения при поражении опорно-двигательного аппарата / А.Ф. Каптелин // Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / [под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой]. – М.: Медицина, 1995. – С. 48-50.
5. Куничев Л.А. Лечебный массаж / Л.А. Куничев. – К.: Вища школа, 1990. – 288 с.
6. Мухін В.М. Фізична реабілітація: [підручник для студ. вищ. навч. закладів фіз. виховання і спорту] / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – С. 127-180.
7. Підкопай Д.О. Спортивний масаж : навч. Посібник. – Харків : Коллегіум, 2015. – 176 с.
8. Погосян М.М. Лечебный массаж / М.М. Погосян. - М. : Советский спорт, 2002. - 86 с.
9. Улащик В.С. Общая физиотерапия: [учебник] / В.С. Улащик, А.С. Лукомский. – Минск: Итерпрессервис, 2003. – С. 283-311.
10. Черная Н.Л. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей: [учебное пособие] / Н.Л. Черная. – Ростов-н/Д: Феникс, 2007. – С. 44-73.

Інформація про авторів:

Підкопай Тетяна Володимирівна, викладач кафедри (ХДАФК)

Піваєв Олександр Михайлович, студент магістратури, група МД-5 ФР (ХДАФК)

Кафедра фізичної реабілітації і рекреації
Харківська державна академія фізичної культури