

супроводжуються розвитком атрофії та дегенеративних змін в органах і тканинах, опірності та неспецифічній стійкості організму. Різке зниження рухової активності викликає зміна у більшості фізіологічних процесів: кровообігу (центрального та периферичного), дихання, моторної та секреторної діяльності шлунка та кишечника та ін. Велике значення в організації адаптивної фізичної культури студентів має активний руховий режим, створений під час занять фізичними вправами, стимулює розвиток організму, удосконалюються фізіологічні механізми вегетативних функцій, підвищує резистентність організму до несприятливих факторів довкілля, тобто можна сказати, що від організації рухового режиму залежить розвиток багатьох систем організму в цілому, а також його працездатність.

Література

1. Деделюк Н. А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.-метод. посібник для студентів. Луцьк : Вежа-Друк, 2014. 68 с.
2. Інтеграційні питання сучасних технологій, спрямованих на здоров'я людини / Збірник наукових праць. Х.: Видавець ФОП Панов А. М., 2017. Випуск 1. 293 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2005. 472 с.
4. Сучасні здоров'язбережувальні технології: монографія / за загальною редакцією проф. Ю. Д. Бойчука. Х.: Оригінал, 2018. 724 с.
5. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие / под ред. Л. В. Шапковой. М.: Советский спорт, 2003. 235 с.

Приходько Б., магістрант групи СПО-20-1

Полтавський інститут економіки і права

Науковий керівник:

к.фіз.вих., доцент кафедри фізичної культури та спорту Гета А. В.

Національний університет

«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ КОМПРЕСІЙНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ХРЕБТА

Травма хребта та спинного мозку відноситься до категорії тяжких ушкоджень, які в переважній більшості випадків викликають втрату працездатності або летальний результат. Дані пошкодження, в основному, пов'язані з травмами на виробництві та на транспорті, падіння з висоти, здавлення важкими предметами, ДТП, пірнання в мілководдя і т.д. Найпоширеніший механізм виникнення закритої травми хребта є надмірне його згинання у найбільш рухомих відділах [1].

Хірурги, травматологи, ортопеди, інструктори АФК завжди виявляли особливу зацікавленість використання адаптивної фізичної культури, як допоміжного засобу лікування людини. Як показав досвід, адаптивна фізична культура допомагає розвинути успіх хірургічного втручання у

функціональному відношенні, попередити виникнення післяопераційних ускладнень, скоротити цим строки одужання хворих.

Дитячий компресійний перелом хребта (КПП) – це серйозне та досить небезпечне пошкодження опорно-рухового апарату [3]. За останні десятиліття частота народження дітей стабільних (неускладнених) компресійних переломів хребта зросла і коливається від 5,1 до 7,3 % серед різних скелетних травм [3].

Найбільш часто зустрічається локалізацією переломів хребців у дітей є грудний відділ хребта середньої локалізації (хребці середнього грудного відділу) (64 %), верхній відділ (10 %), нижній відділ грудей (6 %), найрідше поперековий відділ (18 %) та шийний (2 %) відділи хребта [3].

В даний час немає тієї класифікації КПП у дітей, яка б дозволила виявити оптимальний перебіг реабілітаційних заходів оздоровчої та лікувальної спрямованості, робити прогнози про результат індивідуально для окремо взятої дитини, враховуючи компресійний ступінь, характер ушкодження, особливості фізіології, стан функцій опорно-рухового апарату та вік і була б загальноприйнятою.

Загальновизнано, що у фізичній реабілітації та адаптивній фізичній культурі існує концепція лікування КПП консервативним шляхом: рання мобілізація чи функціональний метод із подальшим носінням корсету [1]. Пріоритетна мета цієї методики – створення повноцінного «корсету м'язів» за допомогою іммобілізації хребта в постільний режим, з використанням масажу, лікувальної гімнастики та фізіотерапії [2].

Заняття адаптивною фізичною культурою поділяються на 4 періоди.

Задачі АФК на першому періоді протікання хвороби:

- повне розвантаження хребта;
- створення умов для прискорення регенерації у місці перелому;
- активізація життєдіяльності організму, психоемоційний вплив;
- профілактика м'язової атрофії, тугорухливості у суглобах, пневмоній, запорів.

Задачі АФК у другому періоді хвороби:

- стимуляція регенеративних процесів у місці перелому;
- навчання хворого правильному повороту на живіт;
- підвищення тону м'язів тазового поясу та нижніх кінцівок;
- формування м'язового корсету спини, укріплення м'язів живота та сідниць.

Задачі АФК у третьому та четвертому періоді хвороби:

- формування м'язового корсету спини та живота;
- тренування вестибулярного апарату;
- відновлення координації дій;
- стимуляція регенеративних процесів у області перелому.
- поступова адаптація хребетного стовпа до вертикальних навантажень [4].

Отже, пошкодження хребта відносяться до числа найбільш важких травм. Вони становлять 0,4–0,5 % усіх переломів кісток скелета. Значне число травмованих – молоді люди. 20–40 % закритих ушкоджень хребта ускладнюються пошкодженням спинного мозку різного ступеня тяжкості. Найчастіше зустрічаються переломи тіл хребців (компресійні, компресійно-

уламкові, вибухові) і переломовивихи хребців, при яких ушкоджуються передні і задні структури, особливо в грудо-поперековому відділі, що виникають в результаті непрямой травми: осьове навантаження на хребет із згинанням або згинанням та обертанням. Для своєчасного повернення хворого до нормального життя, реабілітація починається з перших днів травми і включає в себе АФК, масаж, фізіотерапію, механотерапію та працетерапію.

Аналіз спеціальної літератури показав, що нині більшість вітчизняних досліджень, присвячені цій проблемі, приділяють пильну увагу розробкам комплексів тільки лікувальної гімнастики. Виходячи з цього, відчувається недостатня кількість робіт, в яких був би висвітлений загальний аналіз поточного питання в комплексі, запропоновані програми, здатні покращити результати застосування засобів фізичної реабілітації дітей з КПП та, що передбачають перехід до адаптивної фізичної культури. Крім цього, аспекти педагогіки у реабілітації дітей недостатньо обґрунтовані та розроблені, часто не диференційовані залежно від початкового рівня фізичної підготовки, віку та результатів тестування фізичних якостей; приділяється недостатньо уваги значенню лікарського педагогічного контролю у процесі використання методів та засобів адаптивної фізичної культури.

Література

1. Карп І. А., Яшина Ю. А. До класифікації закритих травм хребта і спинного мозку / Нейрохірургія, 2003. № 3. С. 46–48.
2. Леонтьев М. А. Лікування та реабілітація пацієнтів з травматичною хворобою спинного мозку / Под ред. Л. В. Ситіна, Г. К. Золоева, Е. М. Васильченко. Х., 2003. С. 299–335.
3. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник; пер. з англ. Ю. Кобіва, К. А. Добриніної. Львів, 2002. 232 с.
4. Поліщук Н. Є., Корж Н. О., Фіщенко В. Я. Ушкодження хребта та спинного мозку (механізми, клініка, діагностика, лікування). К.: «Книжка плюс», 2001. 388 с.

Сайко Н. О., д.пед.н., доцент кафедри психології та педагогіки
*Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*

МЕТОД ФРЕНСІС ШАПРО У ПОДОЛАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ

Метод Френсіс Шапіро заснований на механізмах десенсибілізації (лат. *hyposensibilisatio – de – усунення, віддалення + sensibilis – чутливий*) – одна із стадій алергії, при якій відбувається повна або часткова, тимчасова або постійна втрата гіперчутливості організму до будь-якого алергену. Також десенсибілізацію розуміють як зняття підвищеної чутливості організму до будь-якого фактору [2].