

- Л.В. Шапкова. – М.: Сов. спорт, 2000. – 240 с.
3. Нейман Л. В. *Анатомія, фізіологія і патологія органів слуха і речі* / Л. В. Нейман, М. Р. Богомільський. – М., 2001. – 133 с.

УДК: 796-053.4:616.233-002-085

Н. В. Кукса

кандидат педагогічних наук, доцент

Я. В. Черненко

студентка спеціальності

«Фізична реабілітація»

Сумський державний педагогічний

університет імені А. С. Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ЛФК ДЛЯ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ РЕЦИДИВНИМ БРОНХІТОМ

У статті обґрунтовано вплив та висвітлено організаційно-методичні особливості ЛФК для дітей дошкільного віку із рецидивним бронхітом.

В статтє обосновано влияние и освещены организационно-методические особенности ЛФК для дошкольников с рецидивным бронхитом.

The article considers the influence and presents organizational-methodical features of therapeutic physical culture for preschool children with recurrent bronchitis.

Ключові слова: ЛФК, рецидивний бронхіт, дошкільники.

Ключевые слова: ЛФК, рецидивный бронхит, дошкольники.

Key words: therapeutic physical culture, recurrent bronchitis, preschoolers.

Постановка проблеми. Питання удосконалення реабілітації дітей, хворих на рецидивний бронхіт, не втрачає своєї актуальності, зважаючи на значну поширеність цієї патології та неоднозначність прогнозів – рецидивний бронхіт у частини дітей при тривалому перебігу може трансформуватися в бронхіальну астму або хронічний бронхіт (Ю. Антипкін, М. Гаращенко, Т. Федорчук й ін.). Серед дітей, які часто хворіють, рецидивний бронхіт діагностується у 27% (О. Климанська, Т. Куличенко й ін.). При цьому зазначена патологія зустрічається в будь-якому віковому періоді, але найбільш часто реєструється в дітей 5-7 років (В. Таточенко).

Аналіз останніх досліджень. На

думку науковців, поширеність захворюваності на рецидивний бронхіт в значному ступені пов'язана з недостатністю функції зовнішнього дихання, дренажем бронхо-легенової системи, а також зі слабкістю м'язів, які приймають участь у дихальних рухах, що зумовлює накопичення умовно патогенної флори, зниження імунітету і, в кінцевому підсумку, призводить до захворювання (Р. Артамонов, С. Хрущев та ін.). Численними дослідженнями доведено, що фактично у всіх дітей, які страждають на рецидивні і хронічні бронхіти, спостерігаються значні обмеження функціональних можливостей дихальної системи поряд з недостатньою рухливістю грудної клітки та діафрагми (Ю. Антипкін, Ю. Арешина, Л. Дудченко та ін.). Зазначене обумовлює важливу роль ЛФК в системі комплексної реабілітації дітей із рецидивним бронхітом.

На сьогодні розроблено ряд авторських методик ЛФК для дітей та підлітків, що страждають на рецидивний та хронічний бронхіт (М. Гриненко, М. Лазарев, О. Стрельникова, Є. Стрельцова, Б. Толкачов та ін.), а також спеціальних програм фізичної реабілітації (Ю. Арешина, О. Курець, В. Чепурна та ін.). Натомість проблема оптимізації підходів до фізичної реабілітації дітей, хворих на рецидивний бронхіт, залишається актуальною.

Мета статті: визначити організаційно-методичні особливості ЛФК для дітей, хворих на рецидивний бронхіт.

Виклад основного матеріалу.

Рецидивний бронхіт – це форма бронхіту, що характеризується не менше трьома епізодами захворюваності на гострий бронхіт протягом року. Рецидивний бронхіт клінічно перебігає у вигляді простого або обструктивного бронхітів, рідше – у вигляді епізодів повторного бронхіоліту [3; 7]. Епізоди бронхіту характеризуються тривалістю клінічних проявів (2-3 тижні і довше).

Спільним у патогенезі для всіх форм бронхітів, у тому числі рецидивного, є порушення механізмів мукоциліарного транспорту, що переважно обумовлено надмірним утворенням або підвищенням в'язкості бронхіального секрету [5]. При цьому перистальтичні рухи дрібних бронхів та в'язкого епітелію великих бронхів і трахеї не в змозі забезпечити

адекватний дренаж бронхіального дерева. Застій бронхіального вмісту призводить до порушень вентиляційно-респіраторної функції легень, а приєднання інфекції – до розвитку ендобронхіального або бронхолегеневого запалення. Окрім того, у дітей із гострими та хронічними хворобами органів дихання продукція в'язкого секрету, окрім пригнічення мукоциліарної активності, може викликати бронхіальну обструкцію внаслідок накопичення слизу в просвіті дихальних шляхів. У тяжких випадках вентиляційні порушення супроводжуються розвитком ателектазів.

Основними проявами рецидивного бронхіту є тривалий (протягом 3–4 тижнів) кашель різного характеру (сухий, малопродуктивний і продуктивний) із харкотинням слизистого або слизисто-гнійного характеру; тривалий перебіг загострення (3–4 тижні і більше), що супроводжується гіпертермією (2–4 дні) або тривалим субфебрилітетом; відсутність ознак дихальної недостатності [7].

Фізична реабілітація дошкільників із рецидивним бронхітом спрямовується, насамперед, на підвищення загальної і місцевої резистентності бронхіального дерева, опірності організму до простудних та інфекційних захворювань у верхніх дихальних шляхах [6].

Провідне місце в комплексній фізичній реабілітації дітей із рецидивним бронхітом належить ЛФК, що включає дихальну гімнастику (вправи для виховання правильного дихання, звукова і дренажна гімнастика, вправи на розвиток і посилення видиху); лікувальну гімнастику (загально-зміцнювальні вправи, статичні і динамічні дихальні вправи, вправи на розслаблення м'язів, вправи для розвитку рухливості грудної клітки і діафрагми, вправи для розвитку рухливості хребта і виховання правильної постави) [1-2; 4; 6].

Спеціальними завданнями ЛФК при рецидивному бронхіті у дітей є ліквідація запального осередку; покращення бронхіальної прохідності; збільшення вентиляції легень; усунення невідповідності між альвеолярною вентиляцією та легневим кровообігом; покращення дренажної функції легень; економізація роботи дихальних м'язів шляхом посилення їх потужності та співдружності [4; 6].

Особлива увага під час проведення ЛФК для дошкільників із рецидивним

бронхітом приділяється спеціальним вправам на збільшення рухливості грудної клітки, зміцнення дихальної мускулатури; дихальним вправам з подовженими видихом; дренажним вправам для відходження мокротиння. Складання комплексів ЛФК здійснюється з урахуванням клінічної форми і перебігу бронхіту [6]. Так, при гнійному хронічному бронхіті особливе значення має дренажна гімнастика та постуральний дренаж, що проводиться систематично (3-4 рази в тиждень) [2]. Дренажні вправи сприяють більш повному виведенню гнійного мокротиння з бронхів. При обструктивному синдромі доцільно використовувати звукову гімнастику з подальшим включенням дихальних вправ: вдих і видих з опором, вдих почергово кожною кутом рота, кожною ніздрею тощо. Зазначені заходи забезпечують «очищення» бронхів, поліпшення їх дренажної функції, нормалізацію дихання, допомагають мобілізувати компенсаторні механізми вентиляції.

ЛФК призначається після стихання гострого процесу при рецидивному бронхіті у дітей [1]. При цьому підвищення температури протягом доби, обумовлене затримкою мокротиння, не є проти показанням до призначення лікувальної гімнастики. Субфебрильна температура також не вважається проти показанням до призначення ЛФК в комплексі лікувальних заходів.

Лікувальну гімнастику проводять двічі на день по 12-20 хв. в першій половині курсу лікування (5-10 днів) і 25-40 хв. – в другій (15-20 днів).

Фахівці рекомендують протягом перших 7-10 днів проводити з хворими дітьми спочатку дихальні вправи статичного характеру, поступово залучаючи динамічні вправи і вправи на розслаблення м'язів [1; 4; 6]. При наявності у дитини мокротиння перші 3-4 дні доцільно виконувати вправи, що сприяють дренажу бронхів (позиційний дренаж, вижимання за Б.Толкачевим). При перетворенні мокротиння зі слизисто-гнійного на слизисте також починають заняття з дренажних вправ, переходячи до динамічних дихальних вправ, спрямованих на відновлення функціонального стану апарату зовнішнього дихання.

Важливим аспектом фізичної реабі-

літації дітей із рецидивним бронхітом є навчання їх правильного дихання, формування навичок довольного керування диханням [6]. Порушення функції дихання, особливо при фізичних навантаженнях, утруднює діяльність системи кровообігу, знижує насиченість крові киснем та призводить до порушення обміну речовин. Дихальні вправи полегшують роботу серця, сприяють нормалізації нервової регуляції дихання й усуненню порушень діяльності дихальної системи, збільшують ЖЄЛ, сприяють дифузії газів у легенях та насиченню крові та тканин киснем, покращенню постави, позитивно впливають на загальний стан здоров'я.

Навчання дітей повному диханню і свідомому його регулюванню починається зі статичних вправ. Використовують вправи в ритмічному статичному диханні, при якому діти дещо знижують частоту дихальних рухів за рахунок поглиблення їх (свідоме управління диханням). При виконанні цих вправ увагу дітей необхідно фіксувати на постійному поглибленні і уповільненні видиху.

Методичні особливості навчання дітей правильному диханню та довольному керуванню цим процесом такі:

- вдих виконувати плавно і безшумно. Для цього дітям рекомендують вдихати повітря тоненьким струмочком без напруження. Наприкінці вдиху обов'язково необхідно зберігати можливість деякого його продовження;

- видих виконувати активно і до кінця. Поступове надходження повітря під час вдиху змінюється його стрімким виведенням під час видиху;

- тип дихання має бути повним. У дихальному акті бере участь грудна клітка та діафрагма;

- виключити зайве напруження дихання під час довольного керування ним (дихання не повинно завершуватись задишкою, станом дискомфорту та напруження);

- під час виконання дихальних вправ зосереджувати увагу на ділянці живота, грудної клітки, на фазах вдиху і видиху;

- урахувати гігієнічні умови виконання вправ. Дихальні вправи виконуються в провітреному приміщенні, на свіжому повітрі;

- дотримуватись принципів адекват-

ності дихання вимогам даного моменту, тобто забезпечувати надходження до організму потрібної кількості кисню та виведення вуглецю; добиватися відповідності довольної гіпервентиляції вентиляторній реакції на дану м'язову роботу [2].

Науковці рекомендують сполучати статичні дихальні вправиз вимовою приголосних звуків, посилюючи таким чином вібрацію грудної клітки, що стимулює відкашлювання і сприяє відділенню мокротиння [2; 4]. Незначна затримка видиху, що виникає при цих вправах, сприяє підвищенню тиску в легенях, зменшенню перепаду його між альвеолами і крупними бронхами та підвищенню парціального тиску в легенях, у зв'язку з чим поліпшується насичення артеріальної крові киснем.

Організаційно-методичні особливості проведення звукової гімнастики для дошкільників із рецидивним бронхітом такі:

- усі дихальні вправи виконуються повільно, без напруження; під час виконання звукових вправ необхідно виконувати всі фази дихання: вдих носом – пауза, активний видих через рот – пауза;

- на початку занять співвідношення тривалості вдиху та видиху становить 1:1, далі – 1:2;

- перші 5–6 занять проводяться 1–2 рази на день по 3–6 хв., поступово тривалість звукової гімнастики може збільшуватися до 30 хв. і виконуватись 2–3 рази на день;

- під час звукової гімнастики використовуються різноманітні звуки та їх сполучення. У перші два дні занять виконуються лише дві початкових вправи – «очисний видих» -пф- і «закритий стогін» -мм-. У подальшому на кожному занятті додаються дві нові вправи. Найбільша вібрація виникає під час артикуляції таких звуків: -р-; шиплячих -ш-, -щ; та свистячих -ж-, -з-, -с-. Найбільше напруження м'язів діафрагми виникає під час артикуляції глухих приголосних (т, к, ф, с, п). Також застосовуються такі сполучення звуків: БРРУУХ (о, а, е, і); ГРРУУХ (о, а, е, і); ВРРУУХ (о, а, е, і); ПРРУУХ та ін. Кожне звукосполучення рекомендується повторювати один раз. Якщо дитина не вимовляє звук -р- чи його вимовляння викликає в дитини неприємні відчуття, то замість нього вводять близькі

за дією, але більш «м'які» звуки -ж- і -з-. Абсолютних протипоказань до занять звуковою гімнастикою немає. Звуки -в-, -л-, -м-, -н- частіше застосовують у вправах, які вимовляються пошепки і подовжено (хвилеподібно) [1-2; 6].

Важливим методичним аспектом ЛФК при рецидивному бронхіті є чергування динамічних вправ (на підвищення рухливості діафрагми, грудної клітки і хребта) з вправами на розслаблення. При напруженні м'язів плечового поясу, грудної клітки, спини, черевного пресу напружується і гладенька мускулатура бронхів [2]. Релаксаційні вправи сприяють розслабленню і розширенню бронхів, що полегшує дихання та відходження мокротиння.

Навчання розслабленню починають з м'язів ніг, потім послідовно переходять до м'язів рук, грудної клітки, шиї. Вправи на розслаблення м'язів рук, ніг, грудей, шиї виконують в положенні сидячи і стоячи. М'язи, що не беруть участі у виконанні певної вправи, повинні бути розслаблені. Наприклад, при виконанні вправи для ніг, черевного пресу – м'язи рук, грудної клітки і шиї залишаються максимально розслабленими.

До загального розслаблення м'язів приступають після освоєння дітьми вправ в частковому (сегментарному) розслабленні. Загальне розслаблення виконується в початковому положенні лежачи на спині. У цьому положенні руки злегка згинають в ліктьових, а ноги – у кульшових суглобах і підтримують їх валиками або подушками.

Кожне заняття лікувальної гімнастики починається і закінчується загальною м'язовою релаксацією.

Висновки. Провідне місце в комплексній фізичній реабілітації дітей із рецидивним бронхітом належить ЛФК, що включає дихальну гімнастику (вправи для виховання правильного дихання, звукова і дренажна гімнастика, вправи на розвиток і посилення видиху); лікувальну гімнастику (загально-зміцнювальні вправи, статичні і динамічні дихальні вправи, вправи на розслаблення м'язів, вправи для розвитку рухливості грудної клітки і діафрагми, вправи для розвитку рухливості хребта і виховання правильної постави). Визначення доцільності конкретних вправ та складання комплексів ЛФК здійснюється з урахуванням клінічної форми і перебігу

бронхіту.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в пошуку нових підходів оптимізації фізичної реабілітації дітей, хворих на бронхіт.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Довідник по дитячій лікувальній фізкультурі / під ред. М. І. Фонарева. – Л. : Медицина, 1983. – 234 с.
2. Ефимова Л. К. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания у детей / Л. К. Ефимова. – К.: Здоровье, 1988. – 381 с.
3. Замотаев И. П. Болезни органов дыхания у детей / [под ред. С. В. Рачинского и В. К. Таточенко], Замотаев И. П. и др. – М. : Медицина, 1999. – 280 с.
4. Иванова С. М. Лечебная физическая культура при заболеваниях в детском возрасте / С. М. Иванова. – М. : Медицина, 1983. – С. 216 – 230.
5. Кокосов А. Н. Бронхит (механизмы хронизации, лечение, профилактика) / А. Н. Кокосов. – М.: Элби, 2007. – 256 с.
6. Кокосов А. Н. Лечебная физическая культура в реабилитации больных с заболеваниями легких / А. Н. Кокосов, Э. В. Стрельцова. – М.: Медицина, 1987. – 144 с.
7. Таточенко В. К. Бронхиты. [В кн.: Практическая пульмонология детского возраста / [(под ред. В. К. Таточенко)]. – М.: Мед., 2000. – С. 101-111.

УДК: 616.71

Н. В. Кукса

кандидат педагогічних наук, доцент

А. Ю. Батютенко

студентка спеціальності

«Здоров'я людини»

Сумський державний педагогічний
університет імені А. С. Макаренка

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНО- ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті представлено програмне забезпечення фізичної реабілітації осіб із остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта.

В статті представлено програмне забезпечення фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта.

The article presents the software physical rehabilitation of persons with osteochondrosis of the cervical-thoracic spine.

Ключові слова: фізична реабілітація, остеохондроз, шийно-грудний відділ хребта.

Ключевые слова: физическая реабили-