

Maughan.pdf/

21. Wick M and Lehman P (2003). Iron Metabolism. In Clinical Aspects and Laboratory Iron Metabolism, Anemias (pp.2-16) Springer Vienna.
22. Close G.L., Hamilton L., Philp A. et al. New strategies in sport nutrition to increase performance // Free Radic Biol Med. 2016. V. 98. P. 144–158. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2016.01.016
23. Hawley J.A., Morton J.P. Ramping up the signal: promoting endurance training adaptation in skeletal muscle by nutritional manipulation // Clin Exp Pharmacol Physiol. 2014. V. 41. P. 608–613.
24. Impey S.G., Hammond K.M., Shepherd S.O. et al. Fuel for the work required: a practical approach to amalgamating train-low paradigms for endurance athletes // Physiol Rep. 2016. V. 4. № 10. P. e12803. doi: 10.1152/physr.00000.2016
25. Marquet L.-A., Hausswirth Ch., Molle O., Hawley J.A. et al. Periodization of Carbohydrate Intake: Short-Term Effect on Performance // Nutrients. 2016. V. 8. № 12. P. 755. doi:10.3390/nu8120755
27. Thomas D.T., Erdman K.A., Burke L.M. Position of the academy of nutrition and dietetics, dietitians of Canada, and the American college of sports medicine: Nutrition and athletic performance // J. Acad. Nutr. Diet. 2016. V. 116. P. 501–528.

DOI 10.31392/NPU-nc.series15.2020.4(124).16

УДК 615.825:616.728-053.4

Руденко А. М.
викладач кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ергоterapiї
Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка,
Навчально-науковий інститут фізичної культури, Суми

ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ НАСЛІДКАМИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

У статті розглянуто особливості програми фізичної реабілітації дітей дошкільного віку із наслідками дисплазії кульшових суглобів, яка містила профілактичний та реабілітаційний блоки. Перший блок застосовувався протягом року і включав: ранкову гігієнічну гімнастику, фізкультхвилинки і паузи, гімнастику пробудження, самомасаж, загартовуючі процедури (водні процедури, ходьба босоніж, повітряні та сонячні ванни), психоемоційне розвантаження. Другий блок містив лікувальну гімнастику, гідрокінезотерапію, рухливі ігри, лікувальний масаж (місцевий, загальний, гідромасаж), фізіотерапію, ортопедичні засоби. Розроблена програма передбачає реалізацію комплексного підходу до відновлення фізичного та функціонального стану ОРА дошкільника завдяки використанню ігрових, імітаційних, тракційних, релаксаційних, стрейчингових, спеціальних силових, дихальних, коригуючих та різних за координаційною складністю вправ. Водночас застосування відповідних нетрадиційних, природних та преформованих засобів реабілітації підсилює терапевтичний ефект.

Ключові слова: фізична реабілітація, дисплазія кульшових суглобів, дошкільний вік.

Руденко А. Н. Особенности программы физической реабилитации детей дошкольного возраста с последствиями дисплазии тазобедренного сустава. В статье рассмотрены особенности программы физической реабилитации детей дошкольного возраста с последствиями дисплазии тазобедренных суставов, которая содержала профилактический и реабилитационный блоки. Первый блок применялся в течение года и содержал: утреннюю гигиеническую гимнастику, физкультминутки и паузы, гимнастику пробуждения, самомассаж, закалывающие процедуры (водные процедуры, ходьба босиком, воздушные и солнечные ванны), психоэмоциональные разгрузки. Второй блок содержал лечебную гимнастику, гидрокинезотерапию, подвижные игры, лечебный массаж (местный, общий, гидромассаж), физиотерапию, ортопедические средства. Разработанная программа предусматривает реализацию комплексного подхода к восстановлению физического и функционального состояния ОДА дошкольника благодаря использованию игровых, имитационных, тракционных, релаксационных, стрейчингових, специальных силовых, дыхательных, корректирующих и различных по координационной сложности упражнений. При этом применение соответствующих нетрадиционных, естественных и преформированных средств реабилитации усиливает терапевтический эффект.

Ключевые слова: физическая реабилитация, дисплазия тазобедренных суставов, дошкольный возраст.

Rudenko A. Features of the physical rehabilitation program of preschool children with the consequences of hip joint dysplasia. The physical rehabilitation program was developed based on the previous clinical and instrumental screening of functional disorders of the hip joints, formed as a result of dysplasia in preschool children. This program included preventive and rehabilitation blocks. The first block was used during the year and included: morning hygienic gymnastics, exercise minutes and pauses, awakening gymnastics, self-massage, hardening procedures (water procedures, walking barefoot, air and sun baths), psycho-emotional unloading. The second block included therapeutic gymnastics (fitballs, roles Zelart Grid elastic band Thera-band, balancing platform (hemisphere) BOSU, balance discs, traverse walls Traverse, step platforms), hydrokinesiotherapy, moving games, therapeutic massage (local, general, hydromassage), physiotherapy, orthopedic facilities.

The developed program provides for the implementation of a comprehensive approach to restoring the physical and

functional state of the preschool ORA through the use of game, simulation, traction, relaxation, stretching, special power, breathing, corrective and various coordination exercises. There are a lot of features and benefits of the proposed program, such as many different types of physical exercises for the development of motor skills and motor training, conducting physical exercises in an imitation way, strict dosing and exercise control, purposefully load weakened muscle groups, which depend on the correction of physiological curves of the spine and other segments of the torso and limbs, to diversify each exercise and give it a playful color, stimulate the cardiorespiratory system, using static and dynamic breathing exercises in combination with swinging movements, increase the elasticity and flexibility of the joints of the spine and limbs, through traction exercises and exercises with full range of motion, to form a stereotype of the correct posture, actively using the positive psycho-emotional state of the child, to harmonize the state of the nervous system (processes of excitation and inhibition) due to the alternation of emotional game exercises, strength exercises with overcoming resistance and relaxation exercises, to motivate children to actively and systematically perform special physical exercises.

Key words: physical rehabilitation, dysplasia of the hip joints, preschool age.

Постановка проблеми. Проблема збереження і зміцнення здоров'я молодого покоління в сучасних науково-технічних умовах залишається актуальною попри постійний розвиток і удосконалення педагогічної і медичної галузі. За останніми даними (м. Суми) рівень захворюваності серед дітей молодшого шкільного віку впродовж десятиріччя не має тенденції до зниження, розповсюдженими залишаються хвороби опорно-рухового апарату (23,87%), травлення (22,52%) очей (7,88%) та ендокринної системи (14,41%). Серед першокласників відповідними фахівцями визнано лише 34,18% абсолютно здорових дітей, кількість яких до закінчення школи постійно зменшується у геометричній прогресії [9]. Негативна статистика спонукає до пошуку нових методів профілактично-корекційної роботи ще у дошкільних навчальних закладах (ДНЗ). Загальновідомо, що саме у дошкільному віці закладаються основи здоров'я, повноцінного фізичного розвитку та формуються основні риси особистості людини.

Аналіз медичної документації свідчить: кількість дітей із наслідками дисплазії кульшових суглобів (ДКС) з кожним роком невпинно зростає через несвоєчасні діагностику, лікування та реабілітацію. Підтвердженням цього є значна кількість дітей з обмеженням амплітуди рухів у кульшовому суглобі, слабкістю м'язів нижньої кінцівки, збільшеним L-лордозом, скошеністю кісток тазу, сколіозом, вальгусними та варусними деформаціями нижніх кінцівок [14]. «Підступність» дисплазії полягає в тому, що без клініко-інструментального скринінгу новонароджених вона може бути невиявлена батьками і спричинити у дітей дошкільного віку судинні порушення у голівці стегна (хвороби Пертеса), у результаті чого може розвинути некроз голівки стегна, з'являються болі, кульгавість й інвалідність [8]. Раннє впровадження реабілітаційних та оздоровчо-корекційних заходів є важливою складовою зменшення та усунення розвитку і прояву цих наслідків, а також їх подальшого прогресування та зміцнення здоров'я молодого покоління. Результати досліджень Ю.Б. Арешіної, Ю.Л. Дяченко, І.О. Калиниченко, Ю.М. Коржа [1, 6, 7, 9, 10] свідчать про доцільність впровадження профілактичних, корекційних та реабілітаційних програм для дітей із різними захворюваннями в умовах ДНЗ. Ефективність засобів фізичної реабілітації обумовлена раннім впровадженням реабілітаційних заходів, безперервністю, комплексністю та індивідуальністю [13].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Фізична реабілітація дітей із наслідками ДКС є одним із провідних методів лікування у дитячій ортопедії. Для покращення стану опорно-рухового апарату (ОРА), розвитку рухових якостей дітям цієї нозологічної групи необхідне цілеспрямоване застосування засобів фізичної реабілітації. Беззаперечним є той факт, що до складових реабілітаційного процесу належать програми фізичного виховання дитини, які спрямовані на корекцію порушень ОРА, зокрема, функціональних і статичних дефектів. Тому, збереження і зміцнення здоров'я дітей в умовах інтенсивного реформування систем охорони здоров'я та освіти регламентується Законами України «Про дошкільну освіту» (2010), «Про фізичну культуру» (2009), «Національною доктриною розвитку освіти» (2002), «Національною стратегією розвитку освіти» (2012–2021), Базовим компонентом дошкільної освіти (2012), «Я у Світі» (2008) та Базовою програмою розвитку дітей дошкільного віку «Дитина» [4]. Зміст документів висвітлює єдність розвитку, виховання, навчання і оздоровлення дітей. Саме регламентація «оздоровлення» дає можливість удосконалювати і розвивати реабілітаційну та профілактично-корекційну роботу серед дітей із різними порушеннями стану здоров'я.

Одночасно черговим кроком модернізації освітньої галузі України є впровадження в 2011 році обов'язкової дошкільної освіти для дітей п'ятирічного віку, що дозволяє більш ретельно контролювати, систематизувати та вносити корективи у процеси морфо-функціональних відхилень відповідними фахівцями.

Незважаючи на різноманітність програм, які впроваджуються у ДНЗ, проблема вдосконалення фізичного виховання дітей з одночасною корекцією порушень ОРА залишається актуальною. Це підтверджується тенденцією погіршення стану здоров'я, зниженням рівня рухової активності дітей дошкільного віку [Ошибка! Источник ссылки не найден. 2, 6, 9, 10, 12]. Аналіз літературних джерел дозволив визначити незначну кількість програм фізичної реабілітації дітей зі спрямованістю на корекцію порушень ОРА [7], зокрема функціональних і статичних деформацій стопи [6, 12, 15], дихальної системи [1, 3] та серцево-судинної [5].

Комплексне використання стандартних, перевірених часом методик і форм фізичного виховання в поєднанні з новітніми технологіями, нестандартними підходами авторських методик забезпечує ефективність оздоровчо-корекційного процесу, оптимізацію загального рухового статусу дітей. Однак, на нашу думку, доцільно активізувати пошук інноваційних засобів стимуляції дітей до систематичного виконання спеціальних коригуючих вправ з метою правильного формування фізіологічних вигинів хребта, форми нижніх кінцівок та скелетної стопи.

Мета дослідження - розробити програму фізичної реабілітації дітей старшого дошкільного віку із наслідками дисплазії кульшових суглобів в умовах спеціального дошкільного навчального закладу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Аналіз наявних програм, методик, методичних рекомендацій та результатів клініко-діагностичних показників дав можливість сформувати компоненти технологічного забезпечення програми фізичної реабілітації для дітей із наслідками ДКС (рис. 1) [2, 6, 7, 11, 12, 15].



Рис 1. Блок-схема компонентів технологічного забезпечення програми фізичної реабілітації дітей із наслідками

Під час розробки програми фізичної реабілітації ми дотримувались основних принципів реабілітаційного процесу: "від простого до складного", поступовості, індивідуального підходу, доступності, розсіяного фізичного навантаження, свідомої та активної участі, поєднання загального та спеціального впливів [13]. Водночас були враховані основні інструктивно-методичні рекомендації, які регламентують фізкультурно-оздоровчу роботу в дошкільному навчальному закладі (лист МОН України від 02.09.2016 р. №_1/9-456) **Ошибка! Источник ссылки не найден.**

Розроблена програма фізичної реабілітації спрямована на усунення наслідків дисплазії кульшових суглобів, покращення функціональних можливостей опорно-рухового апарату, в яких відбулися патологічні зміни, зміцнення суглобово-зв'язкового апарату, корекцію дисбалансу м'яко-тканинних компонентів, відновлення якості життя, а також профілактику подальших ускладнень. Процес формування занять лікувальної гімнастики відбувався із урахуванням показників вікової фізіології та чутливих періодів і етапів розвитку рухової сфери дитини, тому в комплекси було включено вправи, які виконувались у різних вихідних положеннях, зокрема повзання, лазіння по опорі, ходьба та інші більш складні за координацією вправи. Залежно від анатомо-фізіологічних особливостей фізичного розвитку, рухової підготовленості, функціонального стану опорно-рухового апарату, клінічних проявів патології запропонована програма дає можливість підбирати і впроваджувати реабілітаційні заходи індивідуальної спрямованості (табл. 1).

Таблиця 1

Структура програми фізичної реабілітації дітей дошкільного віку із наслідками ДКС

Профілак-ий блок	Реабілітаційний блок		
	Підготовчий період (3 міс.):	Основний період (6 міс.):	Заключний період (3 міс.):
	<ul style="list-style-type: none"> - вивчення комплексів фізичних вправ та оволодіння навичками правильного виконання основних рухів; - формування рухових умінь і навичок; - зміцнення ослаблених м'язів; - збільшення амплітуди рухів у окремих суглобах та визначених площинах; - створення стійкої мотивації до активних і систематичних занять; - стимуляція тонізуючих, трофічних та нейрон-рефлекторних механізмів; - покращання психоемоційного стану. 	<ul style="list-style-type: none"> - розширення рухових умінь, навичок та розвиток фізичних якостей; - розширення функціональних можливостей м'язового та суглобово-зв'язкового апаратів; - корекція порушень ОРА; - формування стереотипу правильної постави та ходьби; - розвиток координації, рівноваги та м'язово-суглобових відчуттів; - покращання психоемоційного стану. 	<ul style="list-style-type: none"> - удосконалення рухових умінь, навичок та фізичних якостей; - розширення функціональних можливостей основних систем організму; - корекція порушень ОРА; - підвищення рівня мотивації до систематичних занять вдома; - попередження рецидивів та профілактика можливих ускладнень; - покращання психоемоційного стану.
	Лікувальна гімнастика: фітболи; роли Zelart Grid	Лікувальна гімнастика: еластична стрічка Thera-band; балансувальна платформа (полусфера) BOSU; баланс диски; траверсні стіни Traverse	Лікувальна гімнастика: еластична стрічка Thera-band; балансувальна платформа (полусфера) BOSU; баланс диски; степ-платформи
	Малорухливі ігри	Рухливі ігри	Рухливі ігри
	Лікувальний масаж: місцевий	Гідрокінезотерапія: Noodle (нудл) для плавання з отвором	Лікувальний масаж: гідромасаж (5-15 хв. t 34-38°C)
	Фізіотерапія: магнітотерапія (8-15 хв.), заспокійливі ванни для ніг з екстрактом хвої (5-15 хв., t 35-37°C)	Лікувальний масаж: загальний та місцевий. Фізіотерапія: електростимуляція нижньої кінцівки та спини (5-15 хв.)	Фізіотерапія: магнітотерапія (8-15 хв.), заспокійливі ванни для ніг з екстрактом хвої (5-15 хв., t 35-37°C)
	Ортопедичні засоби		
РГГ (8-12 хв.)			
Фізкультхвилинки (на кожному занятті 1-2 хв.) і паузи (на кожному занятті 5-7 хвилин)			
Гімнастика пробудження (6-9 хв.)			
Самомасаж (5-7 хв.)			
Загартувуючі процедури: повітряні ванни (10-30 хв.), сонячні ванни (3-15 хв.), водні процедури (1-3 хв.), ходьба босоніж (1-5 хв.).			
Психоемоційне розвантаження: релаксаційні вправи із елементами арт-терапевтичних технологій (10-15 хв.)			

Загальні методичні рекомендації до реалізації програми містили:

1. Комплекси коригуючих вправ з використанням індивідуального підходу 5–7 разів на тиждень.
2. Фізичне навантаження під час виконання вправ із подоланням опору еластичних стрічок Thera-band чітко дозувалось з урахуванням фізичної підготовки, функціональних і рухових можливостей.
3. У підготовчому періоді, коли тонус основних м'язових груп тулуба і кінцівок був знижений, кожну вправу комплексів виконували 4–5 разів. Більш складні вправи повторювались 3–4 рази залежно від фізичної підготовленості дитини. Заняття ЛГ тривало 25–30 хв.
4. В основному та заключному періодах фізичне навантаження збільшували за рахунок тривалості занять 30–35 хв. та кількості повторень кожної вправи до 6–8 разів залежно від її складності.
5. Під час виконання вправ надавалися методичні рекомендації щодо техніки виконання. Особливу увагу приділяли вивченню техніки силових вправ у підготовчому періоді.
6. У проміжках між виконанням силових вправ проводили пасивний або активний відпочинок. Під час активного відпочинку діти виконували статичні та динамічні дихальні вправи або вправи на релаксацію.
7. У процесі виконання імітаційних вправ залишали час для самостійної імпровізації, коли діти виконували власні рухи-вправи, що спонукало їх до творчості, відчуття радості «вільної рухової діяльності».
8. За бажанням дитини в комплекси включалися вправи, які їй найбільше подобались, але враховувався той факт, що для кожного порушення функції ОРА є свої спеціальні коригуючі вправи для розвитку сили і силовій витривалості ослаблених м'язових груп, які необхідно використовувати насамперед.

Щоденно протягом 8–12 хв. проводили РГГ, під час якої використовували комплекс з 7–8 вправ: вправи з маховими рухами і плесканням в долоні у фронтальній і сагітальній площинах; вправи з ходьбою в упорі лежачи та в упорі лежачи позаду; вправи на рівновагу та координацію; тракційні вправи. З метою збільшення сили м'язів черевного пресу використовували вправи на різні рухи ногами з доторканням колінних суглобів до долонь. Дихальні вправи та вправи самомасажу виконували після силових вправ, що гармонізувало стан м'язової та нервової систем і покращувало газообмін у тканинах. У заключній частині РГГ протягом 2–3 хвилин виконували декілька спеціально призначених асиметричних та деторсійних коригуючих вправ, повторюючи їх 8–10 разів в одному підході.

Кожен комплекс гімнастичних вправ було розроблено так, щоб до його складу входили як вправи для основних м'язових груп тулуба і кінцівок, що забезпечує покращення загальної працездатності усього організму, так і вправи для окремих ослаблених м'язових груп, від виконання яких значною мірою залежить корекція форми різних сегментів кінцівок і хребетного стовпа. Для підтримки у правильному положенні фізіологічних вигинів хребта велике значення має сила м'язів спини, м'язів черевного пресу та сідничних м'язів. Правильну форму нижніх кінцівок допомагають формувати добре розвинений суглобово-зв'язочний апарат та м'язи стегна, гомілки і стопи. На нашу думку, найбільш ефективними засобами силовій підготовки дітей є вправи з еластичною стрічкою Thera-band, оскільки силові вправи із значним обтяженням (гантелі) є нецікавими та значно збільшують навантаження на міжхребетні диски поперекового відділу хребта, що зумовлює їх перевантаження. Нами були застосовані диференційовані силові вправи на розвиток сили відвідних, згиначів, розгиначів стегна та м'язово-зв'язкового апарату стопи. Використання силових вправ у різних вихідних положеннях дозволяло гармонійно впливати на конкретну групу м'язів.

Під час виконання силових вправ контролювали симетричне положення сегментів лівої та правої сторони тіла, що сприяло врівноваженню тонусу ослаблених і більш напружених м'язів. Комплекс силових вправ закінчували за 1 годину до вживання їжі і проводили за 1-1,5 години після її споживання. Самостійне виконання силових вправ під час самостійної рухової діяльності дозволялось лише після засвоєння правильної техніки виконання кожної вправи.

Силові вправи в окремих випадках передбачали індивідуальний принцип дозування, оскільки надмірне фізичне навантаження на дитячий організм може викликати порушення функції кардіореспіраторної системи. Для запобігання фізичного перевантаження силові вправи чергували з вправами на релаксацію, дихальними вправами або пасивним відпочинком.

Тривалість виконання вправ на стереотип правильної постави становила 3-5 хв. наприкінці різних занять, 6-10 хв. – під час домашніх занять. Для збереження правильної постави дуже важливо вміти швидко змінювати положення різних сегментів тіла і водночас утримувати правильне симетричне положення кінцівок та тулуба, тому частина вправ була спрямована на формування цієї навички. Поступово збільшували тривалість сумарного часу утримання правильної постави у регламентованих статичних положеннях, починаючи з 30 с до 1 хв. і більше. Можливість оптимального збільшення тривалості сумарного часу утримання положення правильної постави безпосередньо взаємопов'язана з пропорційним розвитком сили і силовій витривалості основних м'язових груп тулуба і кінцівок, які беруть участь у фіксації окремих сегментів тіла у правильному положенні.

Техніка виконання спеціальних вправ під час підготовчого періоду занять з ЛГ ретельно вивчалася завдяки використанню словесних (пояснення, вказівки, інструкції, команди), наочних (показ, демонстрація карток) та практичних методів навчання. Нескладні за координацією і силовим зусиллям вправи діти виконували методом цілісної вправи. Більш складні вправи спочатку проводили у полегшених умовах, коли діти імітували рухи силовій вправи без використання обладнання. У подальшому, через кілька занять вони виконували складні силові коригуючі вправи з використанням еластичних стрічок.

У процесі формування навички правильно виконувати кожну вправу використовували такі прийоми: контроль техніки виконання рухів однолітками; пояснення дитиною техніки виконання вправ, надання конкретних рухових завдань та чітких вимог до їх реалізації; підтримання сегментів тіла дитини у правильному положенні (метод допомоги); змагальний

метод (хто краще виконає вправу, хто більше розтягне стрічку); зміна ігрового сюжету занять та вихідних положень; стимулювання дітей словесними вказівками («добре», «правильно», «молодець», «недостатньо»).

У подальшому коригуючі вправи були включені в різні форми фізичного виховання (ранкову гімнастику, прогулянки, фізкультпаузи, самостійну рухову діяльність, індивідуальну роботу тощо), що сприяло безперервності й систематичності корекції порушених функцій ОРА з поступовим збільшенням дозування.

Дихальні вправи чергували з силовими коригуючими вправами з метою кращої релаксації м'язів, вентиляції легень, формування механізму взаємодії різних рухових дій з фазами дихального акту. Для формування навички правильного механізму зовнішнього дихання через ніс використовували ігровий метод.

Запропоновані рухливі ігри зазвичай не вимагали від учасників спеціальної підготовки. Спеціально та методично правильно організовані рухливі ігри ефективно впливали на розвиток і зміцнення ОРА, корекцію порушень та покращували психоемоційний стан. Під час рухливих ігор залучали у різноманітну, переважно динамічну роботу великі та дрібні м'язові групи. Це сприяє збільшенню рухливості в суглобах та активізує діяльність інших систем організму. Особливістю методичного підходу під час проведення рухливих ігор було те, що вони надавали можливість непомітно і поступово збільшувати фізичне навантаження на ослаблені м'язові групи тулуба і кінцівок за рахунок виконання регламентованих рухів у сагітальній і фронтальній площинах. Переважна більшість ігрових комплексів була розроблена таким чином, що діти в кінцевій фазі рухів верхніми кінцівками одночасно виконували плескання в долоні. Даний методичний прийом сприяв формуванню в дитини відчуття ритму, контролю за дозуванням вправ, покращував психоемоційний стан, розвивав тактильні відчуття та стимулював рефлексогенні ділянки долоні.

Лікувальний масаж застосовували протягом 3 тижнів (10-15 процедур) і призначали один раз на квартал. Тривалість процедури місцевого масажу 10-15 хв., загального – 20-25 хв. Методика включала масаж спини, м'язів тазового поясу (сідничні м'язи, куприк, гребінь здухвинної кістки, кульшовий суглоб), стегна, гомілки і стопи, а також масаж акупунктурних точок.

Гідрокінезотерапію застосовували у вигляді елементів плавання за допомогою Noodle (нудл), різновидів ходьби та фізичних вправ. Заняття проводили не раніше, ніж через 30-40 хв. після їжі та не пізніше ніж за 1,5-2 години до нічного сну і не за рахунок перебування дітей на свіжому повітрі. Заняття з плавання проводилися двічі на тиждень. У ці дні не планувалася ЛГ та заняття фізичними вправами/фізкультурні комплекси під час денних прогулянок, а також дитячий туризм. Заняття організовувались окремими підгрупами по 10-12 дітей. Перші заняття короткотривалі – 5-7 хвилин. Поступово їхню тривалість збільшували до 25-40 хвилин. Заняттям в басейні мають обов'язково передувати гігієнічні процедури.

До ортопедичних засобів, які застосовувались протягом року, належать взуття та устілки. При цьому один раз у пір року дитина отримувала консультацію фахівця щодо використання відповідного засобу.

Висновки. На основі попереднього клініко-інструментального скринінгу функціональних порушень кульшових суглобів, які сформувались внаслідок дисплазії у дітей дошкільного віку, було розроблено програму фізичної реабілітації, що містила профілактичний та реабілітаційний блоки. Перший блок застосовувався протягом року і включав: ранкову гігієнічну гімнастику, фізкультхвилинки і паузи, гімнастику пробудження, самомасаж, загартовуючі процедури (водні процедури, ходьба босоніж, повітряні та сонячні ванни), психоемоційне розвантаження. Другий блок містив лікувальну гімнастику, гідрокінезотерапію, рухливі ігри, лікувальний масаж (місцевий, загальний, гідромасаж), фізіотерапію, ортопедичні засоби. Розроблена програма передбачає реалізацію комплексного підходу до відновлення фізичного та функціонального стану ОРА дошкільника завдяки використанню ігрових, імітаційних, тракційних, релаксаційних, стрейчингових, спеціальних силових, дихальних, коригуючих та різних за координаційною складністю вправ. Водночас застосування відповідних нетрадиційних, природних та преформованих засобів реабілітації підсилюють терапевтичний ефект.

Перспективи подальших досліджень полягають у доведенні ефективності запропонованої програми фізичної реабілітації дітей старшого дошкільного віку із наслідками дисплазії кульшових суглобів в умовах спеціального дошкільного навчального закладу.

Література

1. Арешина Ю. Б. Результати впровадження комплексної програми фізичної реабілітації для дітей дошкільного віку з рецидивним бронхітом / Ю. Б. Арешина // Матеріали наукової конференції за підсумками науково-дослідної та науково-методичної роботи кафедр СумДПУ ім. А. С. Макаренка у 2011 р. – Суми, 2012. – С. 192-193.
2. Афанасьев С. Н. Актуальные вопросы физического воспитания и физической реабилитации детей в Украине / С. Н. Афанасьев // Междунар. науч.-практ. конф. государств – участников СНГ по проблемам физической культуры и спорта : доклады пленарн. заседаний, 27–28 мая 2010 г. – Минск : БГУФК, 2010. – С. 175–178.
3. Демченко Л. В. Ступінь обізнаності батьків щодо застосування засобів фізичної реабілітації для дітей, які часто хворіють / Л. В. Демченко // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків : ХДАФК, 2016. - № 2. - С. 38-42.
4. Дитина: Освітня програма для дітей від двох до семи років / наук. кер. проекту В. О. Огнев'юк; авт. кол. : Г. В. Беленька, О. Л. Богініч, Н. І. Богданець-Білооскаленко; наук. ред. : Г. В. Беленька, Н. А. Машовець; Мін. осв. і науки України, Київ, ун-т ім. Б. Грінченка. – К. : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2016. – 304 с.
5. Дугіна Л. В. Лікувальна фізична культура у фізичній реабілітації дітей із вродженими вадами серця в доопераційний період / Л. В. Дугіна // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків : ХДАФК, 2013. - № 3. - С. 179-182.
6. Дяченко Ю. Л. До питання профілактично-корекційної роботи на занятті з фізичної культури у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку в умовах навчального закладу / Ю. Л. Дяченко // Адаптаційні можливості дітей та молоді : мат. IX міжнар. наук. практ. конф., Одеса, 13 – 15 вересня 2002 р., Ч. 2. під – ред. А. І. Босенка. – Одеса: Видавництво ТОВ Лерадчук, 2012. – С. 95 – 101.

7. Експериментальна авторська методика оздоровчо-корекційної гімнастики «Богатир» для дітей старшого дошкільного віку з порушеннями функцій опорно-рухового апарату : навч. посіб. / Ю. М. Корж. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2012. – 160 с.
8. Зінченко В. В. Особливості формування кульшових суглобів у дітей першого року життя з ознаками дисплазії сполучної тканини : автореферат... канд. мед. наук, спец.: 14.01.21 – травматологія та ортопедія / В. В. Зінченко. – К. : Ін-т травматології та ортопедії НАМН Укр., 2012. – 20 с.
9. Калиниченко І. О. Оцінка здоров'я та фізичного стану дітей молодшого шкільного віку / І. О. Калиниченко // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : Зб. Наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки [уклад. А. В. Цьось, С. П. Козіброцький]. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2008. - Т. 2. – С.128-131.
10. Методичний супровід реабілітаційних заходів для профілактики порушень постави та плоскостопості у дітей старшого дошкільного віку із гіпермобільністю суглобів: метод. рек. [уклад. : І. О. Калиниченко, Ю. Л. Дяченко]. – Суми : Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2012. – 60 с.
11. Михайлова Н. Є. Методологія фізичної реабілітації дітей, хворих на вроджену клишоногість (монографія) / Н. Є. Михайлова. – Рівне, 2012. – 260 с.
12. Михайлова Н. Є. Современные подходы к организации физической реабилитации детей с врожденной косолапостью / Н. Михайлова, К. Прусик, Ка. Прусик, І. Григус // Journal of Health Sciences. 2013; 3 (9). – P. 31-40.
13. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник / В. М. Мухін. – 3-тє вид., перероб. та доп., К. : Олімп. л-ра, 2009. – 448 с.
14. Руденко А. М. Аналіз причинно-наслідкових зв'язків дисплазії кульшових суглобів у дітей дошкільного віку / А. М. Руденко, О. М. Звіряка // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Харків : ХДАФК, 2015. - № 6 (50). – С. 155 – 159.
15. Чередніченко П. Ефективність технології фізичної реабілітації дітей старшого дошкільного віку із плоскостопією / Павло Чередніченко // Спортивна наука України. – 2016. – № 4 (74). – С. 26–32.
16. Mykhaylova N. Rehabilitacja fizyczna dzieci z wrodzona stopa szpotawa / N. Mykhaylova, I. Grygus // Potrzeby i standarty wspolczesnej rehabilitacji. V Miedzynarodowe Dni rehabilitacji. – Pzeszow, 2013. – S. 108-109.

References

1. Areshina, Yu. B. (2012). The results of the implementation of a comprehensive physical rehabilitation program for preschool children with recurrent bronchitis. Materials of the scientific conference on the results of research and scientific-methodical work of the departments of Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko in 2011, 192-193. [in Ukrainian]
2. Afanasyev, S. N. (2010). Topical issues of physical education and physical rehabilitation of children in Ukraine. Intern. scientific-practical conf. of the CIS member states on the problems of physical culture and sports: reports of the plenary. meetings, 27-28 May 2010, 175-178. [in Russian]
3. Demchenko, L. V. (2016). The degree of awareness of parents about the use of physical rehabilitation for children who are often ill. Slobozhansky scientific and sports bulletin, 2, 38-42. [in Ukrainian]
4. Belenka, G. V., Boginich, O. L., & Bogdanets-Biloskalenko, N. I. (2016). Child: Educational program for children from two to seven years. Kyiv. Kyiv. University named after B. Hrinchenko [in Ukrainian]
5. Dugina, L. V. (2013). Therapeutic physical culture in the physical rehabilitation of children with congenital heart defects in the preoperative period. Slobozhansky scientific and sports bulletin, 3, 179-182. [in Ukrainian]
6. Dyachenko, Yu. L. (2012). On the issue of preventive and corrective work in physical education classes for children of senior preschool and primary school age in an educational institution. Adaptive capabilities of children and youth: Proceedings IX International Scientific and Practical Conference, Odesa, 95-101. [in Ukrainian]
7. Korzh, Yu. M. (2012). Experimental author's technique of health-corrective gymnastics "Bogatyр" for children of senior preschool age with disorders of the musculoskeletal system. Sumy: Publishing House of Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko. [in Ukrainian]
8. Zinchenko, V. V. (2012). Features of the formation of the hip joints in children of the first year of life with signs of connective tissue dysplasia. Extended abstract of candidate's thesis. Kyiv: DU «YTO AMNU». [in Ukrainian]
9. Kalinichenko, I. O. (2008). Assessment of the health and physical condition of primary school children. Physical education, sports and health culture in modern society, 2, 128-131. [in Ukrainian]
10. Kalinichenko, I. O., & Dyachenko, Yu. L. (2012). Methodical support of rehabilitation measures for the prevention of posture and flat feet in children of older preschool age with hypermobility of the joints. Sumy: Publishing House of Sumy State Pedagogical University named after A. S. Makarenko. [in Ukrainian]
11. Mikhailova, N. E. (2012). Methodology of physical rehabilitation of children with congenital clubfoot (monograph). Rivne. [in Ukrainian]
12. Mikhailova, N., Prusik, K., Prusik, Ka., & Grigus, I. (2013). Modern approaches to the organization of physical rehabilitation of children with congenital clubfoot. Journal of Health Sciences, 3 (9), 31-40.
13. Mukhin, V. M. (2009). Physical rehabilitation. Kyiv: Olympic literature. [in Ukrainian]
14. Rudenko, A. M., & Zviryaka, O. M. (2015) Analysis of the causal relationships of hip dysplasia in preschool children. Slobozhansky scientific and sports bulletin, 6 (50), 155-159. [in Ukrainian]
15. Cherednichenko, P. (2016). The effectiveness of the technology of physical rehabilitation of older preschool children with flat feet. Sports science of Ukraine, 4 (74), 26-32. [in Ukrainian]
16. Mykhaylova N. Rehabilitacja fizyczna dzieci z wrodzona stopa szpotawa / N. Mykhaylova, I. Grygus // Potrzeby i standarty wspolczesnej rehabilitacji. V Miedzynarodowe Dni rehabilitacji. – Pzeszow, 2013. – S. 108-109.