

510.76
Р 68

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

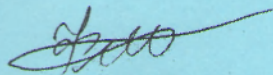
ФІЛАК ЯРОСЛАВ ФЕЛІКСОВИЧ

УДК 616.3: 616 – 056.5 – 08:615.8

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ
У ПОЄДНАННІ З ДИСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ**

24.00.03 – фізична реабілітація

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата наук
з фізичного виховання та спорту



Львів – 2012

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Ужгородському національному університеті, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

Науковий керівник – доктор біологічних наук, професор
ФАБРИ ЗОЛТАН ЙОЖЕФОВИЧ,
Ужгородський національний університет,
професор кафедри біохімії та фармакології.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
ГРИГУС ІГОР МИХАЙЛОВИЧ,
Міжнародний економіко-гуманітарний
університет імені академіка Степана Дем'янчука,
проректор з навчально-методичної роботи,
професор кафедри фізичної реабілітації;

кандидат медичних наук, доцент
ЛУКОВСЬКА ОЛЬГА ЛЕОНІВНА,
Дніпропетровський державний інститут фізичної
культури і спорту, завідувач кафедри
спортивної медицини.

Захист відбудеться « 11 » травня 2012 року о 13.00 на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.35.829.01 Львівського державного університету фізичної культури за адресою : 79000, м. Львів, вул. Костюшка, 11.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Львівського державного університету фізичної культури (79000, м. Львів, вул. Костюшка, 11).

Автореферат розіслано « 09 » квітня 2012 року.



Учений секретар
спеціалізованої вченої ради

А.С. Вовканич

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Однією з суттєвих проблем сучасного стану здоров'я нації є формування здорового покоління дітей. Сучасний підхід до вивчення шляхів формування здорового покоління повинен бути науково обґрунтованим, комплексним, враховувати особливості організму дітей різного віку. Однак упродовж останніх років спостерігається тенденція до загального погіршення стану здоров'я населення України, особливо дітей (Л.А.Страшок, 2006). Однією з причин відхилення стану здоров'я, зниження темпів фізичного розвитку, виникнення патологічних процесів, що суттєво впливають на фізичну та розумову працездатність, є порушення постави в дітей шкільного віку (В.С.Язловецький, 1987). Порушення постави часто виникають у період значної активізації процесів росту дітей у віці 10-14 років і мають неухильну тенденцію до збільшення. Виникнення патологічних процесів, зниження розумової й фізичної працездатності прямо залежить від правильності постави (В.С.Язловецький, 1987; Е.М.Вайнруб, А.С.Волошук, 1988; О.Д.Дубогай, В.І.Завацький, Ю.О.Короп, 1995; Аль Аназіх Джасер Хосні Метлак, 1999; Абу Атван Юсеф Ібрагім, 2006).

Формування постави – одне з важливих завдань фізичного виховання. Нормальна постава має не тільки естетичне, а й велике фізіологічне значення. Створюючи найкращі умови для діяльності всього організму, вона забезпечує правильне положення й нормальну діяльність внутрішніх органів, особливо легень, серця, органів травлення, призводить до найменшої витрати енергії під час роботи, що значно підвищує працездатність (В.С.Язловецький, 1987; В.П.Мурза, 1991).

У спеціальній науковій літературі, яка стосується проблеми виникнення та корекції порушень постави, достатньо розроблено методики визначення видів порушення постави та їх діагностики (Е.М.Клюєв, 1992; В.А.Кашуба, 1999, 2002; І.А.Котешева, 2004). Значну частину праць із цієї проблематики присвячено розробці загальних основ раціоналізації рухових режимів конкретних вікових груп дітей та підлітків. Разом з тим відомості про об'єктивні показники фізичного здоров'я дітей, які мають порушення постави, практично відсутні. Актуальність дослідження, таким чином, випливає із важливості проблеми визначення стану фізичного здоров'я дітей середнього шкільного віку, які мають порушення постави, а також зміни цих показників під впливом проведеного курсу фізичної реабілітації.

Другою важливою проблемою, яка залишається поза увагою дослідників, є наявність поєднання порушень постави та патології органів травлення (Григус, 2010), які зазнають ураження через порушення фізіологічного положення у зв'язку з відхиленням хребта в сагітальній та фронтальній площині (В.І.Дубровський, 2002; І.А.Котешева, 2004; О.Г.Максимова, І.І.Петрухіна, 2006). Л.А.Страшок (2006), вивчаючи клінічні особливості гастродуоденальної патології в підлітків, відзначає проблему поєднаності (синтропії) цих захворювань та їх зв'язок із загальними етіологічними факторами, з конституцією включно. Серед симптомів

захворювань шлунково-кишкового тракту відзначається м'язове напруження живота, що може впливати на стан постави. Проте, неправильна постава, нерівномірне напруження черевних м'язів гіпотетично може стати причиною дискомфорту органів черевної порожнини. Вплив поєднання патології постави й органів травлення на дитину та шляхи комплексної реабілітації організму практично не вивчалися. У зв'язку з цим, актуальним завданням є розробка комплексних програм, які враховують стан фізичного здоров'я та особливості його порушення, для оптимізації процесу фізичної реабілітації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації Ужгородського національного університету, який затвердила Вчена рада УжНУ, у рамках тем «Екзо- та ендекологія дитячого організму, мінеральний гомеостаз та шляхи його корекції» (ДР № 0105U000879) на 2005 – 2008 рр. та «Екологічно залежні дефіцитні стани у дітей та підлітків, розробка реабілітаційних програм» (ДР № 0109U000879) на 2009 – 2011 рр.

Роль автора полягала в розробці та впровадженні реабілітаційних програм для обстеженого контингенту дітей шкільного віку 12 – 14 років, а також у розробці винаходу – приладу для діагностики й оцінювання ефективності реабілітаційних заходів при порушеннях постави.

Мета роботи – науково обґрунтувати, розробити та апробувати комплексну програму фізичної реабілітації дітей шкільного віку з порушеннями постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів в умовах санаторію.

Для реалізації поставленої мети передбачалося розв'язати такі завдання:

1. Проаналізувати та узагальнити досвід використання засобів фізичної реабілітації в комплексному відновленні здоров'я дітей з порушеннями постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів.
2. Визначити вид та ступінь відхилення від нормальної постави (порушення в сагітальній та фронтальній площині), а також функціональний стан жовчовидільної системи, рівень фізичного здоров'я, фізичної працездатності та клініко-лабораторні показники організму в дітей шкільного віку, які проходили санаторно-курортну реабілітацію в санаторії «Поляна».
3. Розробити комплексну програму, спрямовану на підвищення ефективності і якості фізичної реабілітації дітей з порушеннями постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів, з застосуванням природних та преформованих факторів курорту "Поляна" Закарпатської області.
4. Оцінити ефективність корекції порушень постави та дискінезії жовчовивідних шляхів унаслідок застосування диференційованих комплексних реабілітаційних програм під час санаторно-курортної реабілітації.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація дітей віком 12 – 14 років, у яких порушення постави поєднується з дискінезією жовчовивідних шляхів.

Предмет дослідження – засоби й методи фізичної реабілітації дітей, які мають порушення постави у поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів, в умовах санаторію.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури; соціологічні методи (вивчення історій хвороб, опитування), педагогічне спостереження, педагогічний експеримент, тестування стану хребта соматоскопічними методами, методи оцінювання фізичного розвитку, комплексне оцінювання рівня фізичного здоров'я школярів за Г.Л.Апанасенком, інструментальні методи дослідження, клініко-лабораторні методи, статистичні методи (шкала Стьюдента, факторний аналіз).

Наукова новизна одержаних результатів:

- Уперше науково обґрунтовано та доведено ефективність комплексної програми фізичної реабілітації дітей з порушеннями постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів, одночасно спрямованої на поліпшення стану хребта і моторної функції жовчного міхура.

- Уперше обґрунтовано послідовність, інтенсивність і співвідношення засобів фізичної реабілітації в умовах санаторію при поєднанні патологій, залежно від типу порушень постави та функціонального стану жовчовивідних шляхів.

- Уточнено та доповнено дані про взаємозв'язок порушень постави та функціонального стану жовчного міхура на підставі комплексного оцінювання фізичного здоров'я, фізичної працездатності дітей, які проходили реабілітацію на курорті "Поляна", до та після проведеного курсу реабілітаційних заходів.

- Доповнено способи оцінювання ефективності диференційованих комплексних реабілітаційних програм шляхом застосування авторського приладу «Сколіозометр».

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено реабілітаційні програми для дітей, які мають поєднання названих патологій, та доведено їх ефективність. Результати досліджень дозволяють доповнити новими відомостями, конкретизувати теоретичні положення та розробити методичні рекомендації щодо використання засобів фізичної реабілітації при поєднанні порушень постави та захворювань органів травлення. Отримані факти можуть бути застосовані в практиці роботи реабілітологів, учителів фізичного виховання, а авторський прилад «Сколіозометр» дає можливість об'єктивно визначати в абсолютних величинах стан порушення постави й етапи її корекції та контролювати хід реабілітаційного процесу.

Результати проведених досліджень упроваджено в практичну діяльність таких санаторно-курортних закладів ЗАТ «Укрпрофоздоровниця»: ДП «Санаторій «Поляна», ДП «Санаторій «Квітка полонини», ДП «Санаторій «Сонячне Закарпаття», а також у практичну діяльність і навчальний процес Перечинської школи-інтернату I – II ступенів для дітей-сиріт і позбавлених батьківського піклування, Перечинської ЗОШ I – III ступенів, на кафедрі фізичної реабілітації Ужгородського національного університету, що

підтверджується відповідними актами впровадження. Пристрій для діагностики стану хребта при порушеннях постави (деклараційний патент України № 42552) та спосіб діагностики стану хребта при порушеннях постави (деклараційний патент України № 40790) впроваджені в науково-дослідній роботі кафедри фізичної реабілітації при виконанні фундаментальних досліджень від 2009 р.

Особистий внесок здобувача. Автор самостійно на основі практичного досвіду, аналізу літератури та інформаційного пошуку сформулював мету та завдання дослідження. Формування завдань та інтерпретацію результатів здійснено разом із науковим керівником. Здобувач особисто проводив обстеження пацієнтів, аналіз і узагальнення результатів досліджень, обґрунтування наукових положень і висновків та написання тексту дисертації. Автор особисто розробив комплексні реабілітаційні програми для дітей з порушеннями постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів та пристрій для диференційної діагностики порушень постави й оцінювання ефективності проведених реабілітаційних заходів. У наукових працях, опублікованих у співавторстві, дисертантові належать експериментальні дані, їх обґрунтування та підготовка матеріалів до друку.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та експериментальні результати дисертаційної роботи були предметом доповідей та обговорення на науково-практичних конференціях “Молода спортивна наука України” (Львів, 2007, 2008), «Основні напрямки розвитку фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації» (Дніпропетровськ, 2007), «Актуальні проблеми фізичного виховання та сорту на сучасному етапі» (Чернігів, 2008, 2009), «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві» (Луцьк, 2008), «Фізична культура, спорт та здоров'я нації» (Вінниця, 2011), а також на науково-практичних конференціях УжНУ (2005 – 2009).

Публікації. Результати дослідження опубліковано в 11 наукових працях, серед яких 7 – у фахових виданнях, які затверджені ВАК України, та у 4 тезах, що опубліковані в матеріалах конференцій, із них 3 – у співавторстві, отримано 2 патенти на винахід і 2 патенти на корисну модель.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з переліку умовних позначень, вступу, 6 розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної додатків і літератури. Дисертацію викладено на 162 сторінках основного тексту; вона містить 22 таблиці і 17 рисунків. У роботі використано 235 джерел, з яких 23 – іноземних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У вступі обґрунтовано актуальність обраної теми, мету й завдання роботи, предмет та об'єкт дослідження, наукову новизну одержаних результатів та їх практичне значення, зазначено апробацію результатів дослідження та кількість публікацій, подано структуру та обсяг дисертації.

У першому розділі «Фізична реабілітація при порушеннях постави та дискінезії жовчовивідних шляхів» подано інформацію про сучасні погляди на фізичну реабілітацію дітей, які мають порушення постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів. Актуальність наукових досліджень зумовлена частотою поєднання вказаних порушень у сучасних умовах, необхідністю вдосконалення реабілітаційної допомоги таким дітям відповідно до сучасних стандартів. В огляді літератури проаналізовано праці, в яких містяться дані про правильну поставу та її ознаки, особливості та причини виникнення кругло-ввігнутої спини, сколіотичної постави, шляхи реабілітації дітей з порушеннями постави. Проаналізовано основні параметри дискінезії жовчовивідних шляхів та рекомендації щодо реабілітації дітей з таким порушенням. Попри той факт, що в науковій літературі існує думка про взаємозв'язок порушень постави та органів травлення, конкретних фактів такого впливу не наведено; у зв'язку з цим не розроблено комплексні реабілітаційні програми, спрямовані одночасно на корекцію постави та функціональних розладів жовчовивідних шляхів. Тому є потреба в розробці нових реабілітаційних програм, які б враховували вплив лікувальної фізичної культури, класичного та сегментарного масажу в комплексі курортної реабілітації дітей з поєднанням порушень постави та дискінезії жовчовивідних шляхів.

У другому розділі «Методи та організація дослідження» розкрито систему методів дослідження, які відповідають меті й завданням дисертаційної роботи, подано організацію дослідження.

Базою дослідження був санаторій «Поляна» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» в Закарпатській області. Досліджувалися 160 дітей віком 12 – 14 років, у яких спостерігалось поєднання порушень постави та дискінезії жовчовивідних шляхів.

Методологія дослідження передбачала чотири етапи.

Перший етап (2006 р.) – обґрунтування проблеми й розробка інструментарію досліджень. Проаналізовано науково-методичну літературу з проблеми диференційованого підходу до реабілітації дітей, які мають порушення постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет і програму дослідження, відібрано тести для визначення фізичного розвитку та фізичного здоров'я, визначення типів порушень постави та клініко-лабораторної діагностики порушень з боку органів травлення.

Другий етап (2007 р.) – проведення констатувального експерименту. Його мета полягала у зборі інформації про фізичний розвиток, фізичне здоров'я, порушення постави, стан жовчовивідних шляхів дітей, яких прийняли на реабілітацію з різних регіонів України. Відбір школярів проводили на основі аналізу санаторно-курортних карток та історій хвороби й тестування хребта соматоскопічними методами (усього 500 дітей); відібрано 160 дітей з порушеннями постави та дискінезією жовчовивідних шляхів (ДЖВШ). Оцінку стану здоров'я визначали за допомогою комплексу тестів, методів обчислення індексів, клініко-лабораторних та

інструментальних методик. Для уточнення даних щодо порушень постави розроблено й запатентовано спосіб діагностики стану хребта та пристрій для його використання. Обстежувані групи склалися з дітей, у яких порушення постави (кругло-ввігнута спина, сколіотична постава) поєднувалися з дискінезією жовчовивідних шляхів.

Третій етап (2008 р.) – розробка програми фізичної реабілітації, яка поєднує комплексний вплив на виправлення порушень постави та зменшення чи усунення патологічних проявів з боку органів травлення курортних факторів, ЛФК, масажу та інших засобів фізичної реабілітації.

Четвертий етап (2008 – 2009 рр.) – експериментальна перевірка ефективності розробленої програми диференційованого підходу до фізичної реабілітації дітей, у яких порушення постави поєднується з дискінезією жовчовивідних шляхів. Узагальнено та проаналізовано отримані результати, здійснено кінцеве оформлення дисертаційної роботи, апробовано основні положення її на наукових конференціях. Здійснено впровадження результатів дослідження в практику роботи санаторіїв та навчальних закладів.

У третьому розділі «Стан здоров'я школярів, які проходили реабілітацію в санаторії «Поляна» подано результати обстеження дітей з поєднанням порушень постави та дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) на початку фізичної реабілітації.

У дослідженні взяли участь 160 дітей віком від 12 до 14 років із різних регіонів України, які перебували на відновному лікуванні в санаторії «Поляна» ЗАТ «Укрпрофоздоровниця». На лікування дітей з місць постійного проживання та навчання скеровували лікарі районних поліклінік після встановлення діагнозу ДЖВШ за гіпокінетичним типом. Методом рандомізації пацієнтів розподілили на контрольну та основну групи по 80 осіб. Із них було сформовано дві контрольні групи по 40 дітей. У першій контрольній групі було 40 дітей з поєднанням кругло-ввігнутої спини (КВС) та ДЖВШ, у другій контрольній групі – 40 дітей з поєднанням сколіотичної постави (СП) та ДЖВШ. Дві основні групи дітей нараховували по 40 осіб: у першій групі – з поєднанням КВС та ДЖВШ, у другій – з поєднанням СП та ДЖВШ. Формування груп проводилося впродовж 2 років, у міру скерування дітей на лікування в санаторій. Основна група за клінічними формами була ідентичною контрольній групі.

Згідно з нашими обстеженнями, у дітей, у яких КВС поєднана з ДЖВШ, виявлено низькі показники співвідношення маси й довжини тіла, що вказує на недостатній рівень розвитку м'язової системи. У більшості дітей, за соматоскопічними тестами, переважає середній ступінь порушення постави: 52,5% обстежених основної групи та 55,0% контрольної групи. Плечовий індекс, що визначає сутулість і кіфотичну будову грудної клітки, в основній і контрольній групі був знижений і становив відповідно $83,32 \pm 0,9$ % і $83,95 \pm 0,88$ %.

При обстеженні хребта за допомогою створеного автором пристрою «Сколіозометр» у дітей, які мали КВС у поєднанні з ДЖВШ, визначено виражені зміни хребта, особливо глибини шийного ($4,53 \pm 0,24$ см в основній

групі та $4,60 \pm 0,24$ см у контрольній групі) та поперекового лордозу ($4,31 \pm 0,21$ см в основній групі та $4,55 \pm 0,27$ см у контрольній групі), що є характерною ознакою КВС і посилюється впливом ДЖВШ на звичну позу та ходу. Враховуючи сегментарну будову тіла, ми пов'язуємо посилення ступеня порушення постави (КВС) у хворих на ДЖВШ з підвищенням тону м'язів спини внаслідок іррадіації больового синдрому у відповідні зони хребта, що клінічно підтверджується при пальпації.

Показники фізичного розвитку були нижчими за норму й суттєво не відрізнялися в основній та контрольній групі: екскурсія грудної клітки – від 2 до 7 см, середній показник в основній групі – $3,6 \pm 0,39$ см, у контрольній – $3,4 \pm 0,30$ см; сила кисті – відповідно $19,97 \pm 1,24$ кг і $19,9 \pm 1,11$ кг. За індексом Ерісмана, вузькогрудість встановлено в усіх пацієнтів основної та контрольної групи, показники індексу Пінье вказують на дуже слабку статуру. При оцінюванні фізичної працездатності за величиною індексу Гарвардського степ-тесту встановлено, що 95% пацієнтів основної та 100% дітей контрольної групи мають низький та нижчий за середній показники, що зумовлено станом хребта, органів травлення, а також загальним низьким рівнем фізичного розвитку.

Бали експрес-оцінки рівня фізичного здоров'я пацієнтів за Г.Л.Апанасенком в основній групі виявилися в таких межах: середній рівень фізичного здоров'я – 8 (20%), нижчий за середній – 19 (47,5%), низький – 13 (32,5%); у контрольній групі: середній рівень – 9 (22,5%), нижчий за середній – 15 (37,5%), низький – 16 (40%). Таким чином, за даними середніх показників експрес-оцінки, рівень фізичного здоров'я в основній ($3,80 \pm 0,64$ бали) і контрольній ($3,45 \pm 0,79$ бала) групах нижчий від середнього.

Коефіцієнти індукції холецистокініну (ХЦК), як найважливіший показник кінетичної функції жовчовивідної системи (ЖВС), за середніми показниками занижені. Динаміка $K_{хцк1}$ та $K_{хцк2}$ через 30 і 60 хв після харчового подразника вказує на гіпотонічний тип ДЖВШ. Як засвідчують результати дослідження, у дітей з КВС в обох групах були виявлені характерні для гіпотонічного типу ДЖВШ показники $K_{хцк1} = 0,85 \pm 0,14$ од., $K_{хцк2} = 0,77 \pm 0,16$ од. в основній групі та $K_{хцк1} = 0,92 \pm 0,15$ од., $K_{хцк2} = 0,78 \pm 0,17$ од. в контрольній групі.

У дітей з поєднанням СП та ДЖВШ показники співвідношення маси й довжини тіла занижено, переважає середній ступінь порушення постави – 55,0% в основній групі та 52,5% у контрольній. При обстеженні хребта за допомогою «Сколіозометра» звертали увагу на такі показники як кут відхилення рівня плечових відростків по горизонталі у градусах ($4,8 \pm 0,22^\circ$ в основній і $4,65 \pm 0,31^\circ$ в контрольній групі), відхилення рівня плечей по горизонталі в мм водного стовпа ($5,52 \pm 0,23$ мм в основній і $5,4 \pm 0,35$ мм в контрольній групі), бокові викривлення хребта в боковому відділі ($1,46 \pm 0,11$ см в основній і $1,49 \pm 0,11$ см в контрольній групі). Середні показники, які відображають стан сколіотичної постави, в основній і контрольній групах не мають вірогідних розбіжностей ($p > 0,05$).

Показники, що відображують рівень фізичного розвитку, в обох групах нижчі за норму, зокрема, середній показник екскурсії легень становить в основній групі $3,85 \pm 0,52$ см, у контрольній – $3,6 \pm 0,34$ см, що свідчить про обмеження рухливості грудної клітки внаслідок сколіотичної постави. Середній показник сили кисті становить в основній групі $19,97 \pm 1,23$ кг, у контрольній – $19,9 \pm 1,11$ кг.

Фізичну працездатність та фізичний стан серцево-судинної системи оцінювали за даними Гарвардського степ-тесту. Аналіз отриманих результатів засвідчує, що в дітей з поєднанням СП та ДЖВШ в основній групі низький та нижчий за середній індекс мають 97,5% пацієнтів, в контрольній – 100%. Середній показник Гарвардського степ-тесту – $51,94 \pm 1,64$ од. для основної групи і $52,41 \pm 1,64$ од. для контрольної, тобто оцінюється як низький.

Сума балів експрес-оцінки рівня фізичного здоров'я пацієнтів з СП та ДЖВШ за Г.Л.Апанасенком в основній групі становила $3,40 \pm 0,86$ бала, у контрольній – $3,76 \pm 0,77$. Таким чином, за рівнем фізичного здоров'я (дихального, силового індексу та індексів Робінсона, Руф'є) в обох групах показник нижчий за середній.

Перед початком фізичної реабілітації в дітей з поєднанням СП та ДЖВШ $K_{хцк_1} = 0,79 \pm 0,09$ од., $K_{хцк_2} = 0,81 \pm 0,11$ од. в основній групі та $K_{хцк_1} = 0,81 \pm 0,11$ од., $K_{хцк_2} = 0,71 \pm 0,14$ од. в контрольній групі. Як засвідчують результати дослідження, в обох групах виявлено характерні для гіпотонічного типу ДЖВШ занижені показники.

У четвертому розділі «Програма фізичної реабілітації дітей, у яких порушення постави поєднується з дискінезією жовчовивідних шляхів» подано зміст розробленої комплексної програми фізичної реабілітації дітей з поєднанням КВС та ДЖВШ і поєднанням СП та ДЖВШ. Комплексна програма фізичної реабілітації будувалася з урахуванням результатів констатувального експерименту і містила три періоди: вступний, основний і завершальний (рис.1).

При складанні реабілітаційних програм як для основної, так і для контрольної груп, враховували такі чинники, як: вік; стать; стан постави; тип ДЖВШ; рівень фізичної підготовленості; реакція організму на фізичне навантаження (тренованість); індивідуальні особливості дитини; раціональність поєднання застосованих засобів фізичної реабілітації.

Для отримання найкращих результатів, як відомо, необхідно поєднувати різноманітні засоби, методи та форми фізичної реабілітації. Тому програма фізичної реабілітації, розрахована на 21 день, містила ранкову гігієнічну гімнастику; лікувальну гімнастику; лікувальний класичний і сегментарний масаж; повноцінне харчування; пиття мінеральної води Поляна Купіль; мінеральні ванни; теренкур; кліматотерапію; освітні програми (лекції, групові та індивідуальні бесіди тощо). Дієта, режим пиття мінеральної води, мінеральні ванни призначав лікар, який лікував, виконання процедур контролював автор. Групи формовано за видом порушень постави у поєднанні з ДЖВШ з урахуванням маси, довжини тіла,

Блок-схема авторської програми ізачної реабілітації дітей з порушеннями постави у поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів

Вступний період (два дні)	Основний період (17 днів)	Заключний період (два дні)
<p align="center">Завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> - загальнотонізуючий вплив на функції вищих відділів ЦНС; - підвищення психо-емоційного стану; - адаптація до кліматичних умов; - стимуляція обмінних процесів; - відновлення і підвищення толерантності до фізичного навантаження. 	<p align="center">Завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> - одночасна коригуюча дія на поставу та функцію жовчовивідних шляхів; - корекція порушень постави; - відновлення моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів; - зміцнення м'язів спини і черевного пресу; - зміцнення дихальної мускулатури і збільшення рухливості грудної клітки; - адаптація організму до фізичних навантажень; - формування і закріплення навичок правильної постави. 	<p align="center">Завдання:</p> <ul style="list-style-type: none"> - профілактика деформацій постави; - профілактика порушень функцій жовчовивідних шляхів; - підвищення стійкості організму до впливів зовнішнього середовища; - закріплення отриманих рухових навичок.

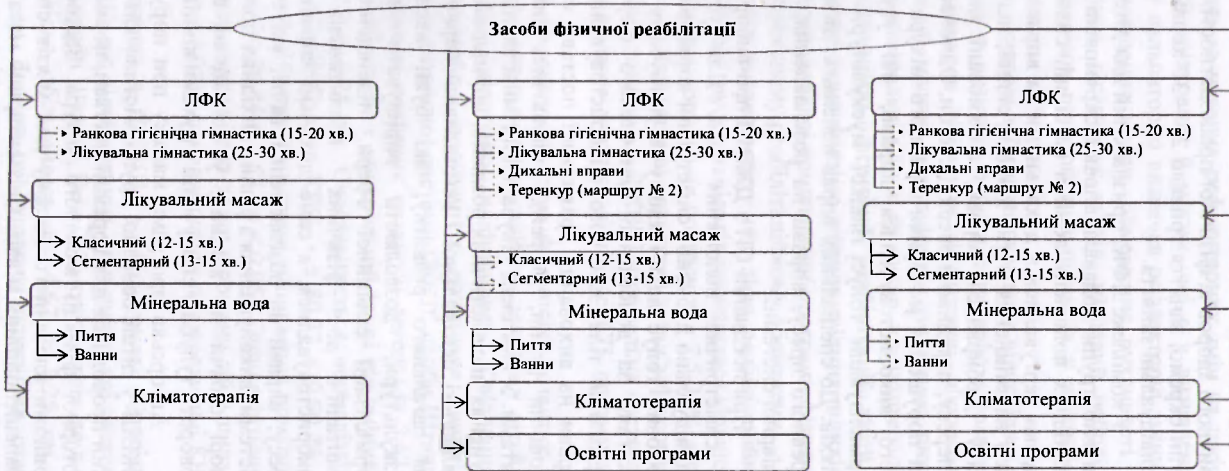


Рис. 1. Блок-схема авторської програми комплексної фізичної реабілітації

фізичного здоров'я, фізичної працездатності. Вправи добиралися для кожної групи окремо, заняття тривало 25 – 30 хвилин. У разі потреби проводилися індивідуальні заняття.

У комплекс ЛФК, призначений для дітей з поєднанням КВС та ДЖВШ основної групи, додавали вправи, спрямовані на корекцію порушеної постави з вихідних положень лежачи на спині, сидячи, в упорі стоячи на колінах. Вправи чергувалися з дихальними та вправами на розслаблення. Звертали увагу на зміцнення м'язів живота, спини, задньої поверхні стегон, плечового поясу. Добиралися вправи, спрямовані на розтягування м'язів грудей, попереку, передньої поверхні стегон. Одночасно враховували гіпокінетичний тип порушення моторики жовчного міхура та жовчовивідних шляхів. Для цього використовувалися вправи, які усували дискінетичні розлади, нормалізували тонус гладкої мускулатури жовчного міхура та жовчних шляхів. До спеціальних вправ належать: дихальні вправи, вправи для м'язів черевного пресу, вправи на розслаблення, вправи, що сприяють дренажу біліарної системи.

При поєднанні СП з ДЖВШ при виборі вправ особливу увагу звертали на симетричне положення тіла. Для усунення асиметричної постави індивідуально добирали симетричні коригувальні вправи, що урівноважують м'язовий тонус на опуклому й увігнутому боці хребта. Корекції постави досягали за допомогою одночасного формування навичок правильного утримання тіла, для чого використовували тренування перед дзеркалом, вправи на виховання правильної постави стоячи спиною до вертикальної площини (стіни, дверей), упираючись потилицею, спиною, сідницями, п'ятами. У комплекс лікувальної гімнастики додавали насамперед вправи для усунення дискінетичних розладів, нормалізації відтоку жовчі та нормалізації діяльності центральної і вегетативної нервової системи. Лікувальні вправи для загального розвитку, які були введені в заняття з лікувальної фізкультури, дозволяють вирішувати загальнотерапевтичні завдання нормалізації емоційної сфери, підвищення захисних сил, відновлення адаптації до фізичних навантажень. Спеціальні вправи, які використовувалися, а саме дихальні вправи, вправи для м'язів черевного пресу, вправи на розслаблення та ті, які сприяли дренажу жовчовивідної системи, виконувалися з різних вихідних положень (лежачи на лівому боці, в упорі стоячи на колінах, у положенні сидячи), застосовуючи нахили, повороти тулуба у сполученні з рухами кінцівок.

Авторська програма масажу при порушеннях постави в поєднанні з ДЖВШ у дітей основної групи містила класичний та сегментарний масаж, який проводився для корекції постави, нормалізації діяльності ЦНС, ВНС та моторної функції жовчного міхура. Застосовували основні й допоміжні прийоми класичного масажу для м'язів спини, попереку, грудної клітки, трапецієподібних м'язів. Сегментарний масаж діяв на паравертебральні зони спинномозкових сегментів уздовж хребетного стовпа від L2 до С3, а також дію на сегменти С4 – С3, D6 – D10, що відповідають проєкції жовчного міхура. При проведенні процедури масажу використовували спеціальні

модифіковані прийоми відповідно до наявних рефлекторних змін на шкірі, сполучній тканині, у підшкірній клітковині й м'язах, які є у визначених сегментах. При цьому масажист пальпаторно визначав рефлекторні зміни в певних сегментах, зокрема потовщення шкіри, обмеження рухливості її, ущільнення підшкірної клітковини, гіпертонус м'язів, місцевий набряк і болючість, які відображують наслідок патологічних процесів у жовчному міхурі та ЖВШ.

Програму реабілітації для контрольної групи складено відповідно до стандартів, які використовуються у практиці роботи санаторію «Поляна». Вона містила такі елементи: ранкова гігієнічна гімнастика; лікувальна гімнастика; лікувальний класичний масаж; повноцінне харчування; пиття мінеральної води Поляна Купіль; мінеральні ванни; теренкур; кліматотерапія.

У п'ятому розділі «Ефективність фізичної реабілітації дітей з порушеннями постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів» проаналізовано ефективність запропонованої комплексної програми фізичної реабілітації при повторному комплексному реабілітаційному обстеженні.

Стан постави впродовж часу експерименту під дією реабілітаційної програми суттєво змінився. Так, у всіх групах пацієнтів зменшилася кількість дітей із сильним і середнім ступенями порушення постави, а в 7,5-32% дітей постава кваліфікувалася як норма. Найпомітніші позитивні зміни зафіксовано в дітей основної групи, у яких КВС поєднана з ДЖВШ (нормальна постава у 32). Менше позитивних змін відбулося у групі дітей, де СП поєднана з ДЖВШ.

Більшість показників, які констатують стан фізичного розвитку та фізичної працездатності, після проведення реабілітаційних заходів у дітей, у яких КВС поєднана з ДЖВШ, вірогідно поліпшилися. Свідченням ефективності розробленої реабілітаційної програми є позитивна динаміка показників, які відображають стан дихальної системи (ЖЄЛ, проби Штанге, Генчі). Вірогідно суттєво поліпшився показник екскурсії легень: із $3,62 \pm 0,39$ см до $5,5 \pm 0,48$ см в основній групі; у контрольній групі він змінився тільки з $3,40 \pm 0,30$ см до $3,85 \pm 0,28$ см. Спостерігається нормалізація показників плечового індексу, що відображає КВС, – з $80,32 \pm 0,90$ % до $90,59 \pm 0,82$ % ($p < 0,05$); у контрольній групі позитивні зміни менш помітні й нижчі за норму: з $83,95 \pm 0,88$ см до $89,84 \pm 0,57$ ($p < 0,05$). Оцінка фізичної працездатності за індексом Гарвардського степ-тесту вірогідно збільшилася від $53,29 \pm 1,63$ до $60,89 \pm 2,49$ ($p < 0,05$) в основній групі при поєднанні КВС та ДЖВШ.

У дітей, у яких СП поєднана з ДЖВШ, в обох групах вірогідно поліпшилися показники ($p < 0,05$), що відображають стан дихальної системи (ЖЄЛ, екскурсія грудної клітки, проби Штанге, Генчі). Так, екскурсія грудної клітки в основній групі вірогідно збільшилася до $4,67 \pm 0,25$ см, у контрольній – до $3,87 \pm 0,60$ см. Значно поліпшилися показники стану постави (плечовий індекс) в основній групі дітей, де СП поєднується з ДЖВШ: від $87,31 \pm 0,77$ % до $93,85 \pm 0,49$ % ($p < 0,05$); у контрольній групі відповідно з $86,38 \pm 0,87$ % до $91,91 \pm 0,64$ % ($p < 0,05$). Показники індексу

Гарвардського степ-тесту вірогідно підвищилися як у пацієнтів основної, так і контрольної групи ($p < 0,05$), однак в основній групі кількість низьких і нижчих за середні показників зменшилася з 97,5% до 70%. У контрольній групі ці показники також зменшилися, але зі 100% до 82,5%.

Отже, щодо показників фізичного розвитку та фізичної працездатності найкращі результати після застосування диференційованих комплексних реабілітаційних програм виявлено в основних групах дітей, у яких порушення постави поєднується з ДЖВШ. Показники позитивної динаміки також спостерігаються в дітей контрольної групи, але вони дещо нижчі, ніж в основних групах, що підтверджується як абсолютними показниками, так і результатами факторного аналізу.

Свідченням високої ефективності застосованих диференційованих реабілітаційних програм є вірогідне поліпшення стану соматичного здоров'я, що відображається показниками експрес-оцінки за Г.Л.Апанасенком (1992); сума балів у дітей з КВС та ДЖВШ вірогідно збільшилася ($p < 0,05$) (табл.1). За рівнем фізичного здоров'я показники в пацієнтів основної групи зросли з рівня нижчого за середній до середнього на 5,08 бала, у контрольній групі цей показник зріс на 2,83 бала.

Таблиця 1

Стан соматичного здоров'я дітей, у яких КВС поєднана з ДЖВШ

Показник	КВС + ДЖВШ, основна група ($M \pm m$) n = 40			КВС + ДЖВШ, контрольна група ($M \pm m$) n = 40		
	до реабілітації	після реабілітації	p	до реабілітації	після реабілітації	p
Дихальний індекс	49,66 ± 1,97	58,05 ± 1,69	< 0,05	49,53 ± 2,81	54,62 ± 2,27	< 0,05
Силовий індекс	49,05 ± 1,83	56,11 ± 1,86	< 0,05	46,58 ± 2,37	53,26 ± 3,13	< 0,05
Індекс Робінсона	82,66 ± 2,13	76,54 ± 1,41	< 0,05	82,72 ± 1,64	77,76 ± 1,20	< 0,05
Індекс Руф'є	12,08 ± 0,60	9,18 ± 0,42	< 0,05	13,12 ± 0,79	10,19 ± 0,74	< 0,05
Сума балів	3,8 ± 0,65	8,82 ± 0,68	< 0,05	3,67 ± 0,78	6,57 ± 1,03	< 0,05

Подібні позитивні зміни спостерігали і в групах, де СП поєднувалася з ДЖВШ, що відображено в табл. 2. Під впливом реабілітаційної програми в основній групі помітно поліпшилися показники дихального індексу та індексу Руф'є. Сума балів експрес-оцінки рівня фізичного здоров'я під впливом проведеної санаторно-курортної реабілітації вірогідно поліпшилася ($p < 0,05$): в основній групі зросла на 5,02 бала, у контрольній групі – на 2,9 бала.

Стан соматичного здоров'я дітей, у яких СП поєднана з ДЖВШ

Показник	СП+ ДЖВШ, основна група ($M \pm m$), n = 40			СП + ДЖВШ, контрольна група ($M \pm m$), n = 40		
	до реабілітації	після реабілітації	p	до реабілітації	після реабілітації	p
Дихальний індекс	50,28 ± 2,56	57,13 ± 2,50	< 0,05	49,53 ± 2,81	54,61 ± 2,27	< 0,05
Силовий індекс	49,04 ± 2,28	57,21 ± 2,43	< 0,05	46,58 ± 2,37	53,25 ± 3,12	< 0,05
Індекс Робінсона	80,53 ± 2,15	75,51 ± 1,35	< 0,05	82,71 ± 1,64	77,76 ± 1,20	< 0,05
Індекс Руф'є	12,45 ± 0,64	9,23 ± 0,53	< 0,05	13,12 ± 0,79	10,19 ± 0,73	< 0,05
Сума балів	3,40 ± 0,86	8,17 ± 0,99	< 0,05	3,67 ± 0,77	6,57 ± 1,02	< 0,05

Поглиблене дослідження характеристик постави, здійснене за допомогою авторського приладу «Сколіозометр» після процесу реабілітації, дало можливість з'ясувати, що в усіх групах відбулися вірогідні позитивні зміни. У дітей основної групи, у яких КВС поєднана з ДЖВШ, глибина шийного лордозу відповідно зменшилася на 1,29 см ($p < 0,05$), у дітей контрольної групи – на 1,0 см. Глибина поперекового лордозу в дітей основної групи зменшилася з $4,31 \pm 0,21$ см до $3,17 \pm 0,14$ см, у контрольній відповідно з $4,55 \pm 0,27$ см до $3,70 \pm 0,26$ см ($p < 0,05$). Стосовно дітей із поєднанням СП та ДЖВШ найбільше значення надається змінам показників відхилення плечових відростків по горизонталі в градусах (з $4,87 \pm 0,22^\circ$ до $1,85 \pm 0,13^\circ$) і в мм водного стовпа (з $5,55 \pm 0,23$ мм до $2,30 \pm 0,16$ мм) та боковим викривленням хребта в грудному й поперековому відділах. Ці показники під впливом застосованих реабілітаційних програм відчутно поліпшилися ($p < 0,05$) в основній групі. У контрольній групі ці зміни менш виражено.

Клініко-лабораторні показники підтверджують, що після проходження курсу фізичної реабілітації за авторською програмою на курорті «Поляна» в дітей з порушеннями постави та ДЖВШ відбулися позитивні зміни моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів. У дітей з КВС і ДЖВШ вірогідно поліпшилися коефіцієнти індукції холецистокініну: $K_{\text{хкк}_1}$ з $0,85 \pm 0,14$ од. до $1,07 \pm 0,08$ од., $K_{\text{хкк}_2}$ з $0,77 \pm 0,16$ од. до $1,03 \pm 0,09$ од. ($p < 0,05$) основної групи. У дітей з СП та ДЖВШ коефіцієнти ХЦК №1 та №2 відповідно підвищилися з $0,79 \pm 0,09$ до $1,12 \pm 0,06$; і з $0,81 \pm 0,10$ до $1,06 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Помітне поліпшення стану постави та моторно-евакуаторної функції жовчного міхура в дітей, які виконували комплексну реабілітаційну програму, порівняно з контрольною групою свідчить про те, що більшу ефективність мають реабілітаційні заходи, одночасно спрямовані на усунення порушень хребта й жовчовивідних шляхів.

У шостому розділі «Аналіз і обговорення результатів досліджень» охарактеризовано повноту вирішення завдань дослідження. Проаналізовано три групи отриманих результатів: підтверджувальні дані; результати, що доповнюють наявні розробки; нові результати щодо проблематики, яка вивчалася.

Результати наших досліджень *підтверджують* дані В.А.Кашуби (2002), І.А.Котешевої (2004), Е.М.Вайнруба (1988), В.П. Мурзи (1991), В.І.Дубровського (2002), О.Г.Максимової та І.І.Петрухіної (2006) про те, що порушення постави та дискінезії жовчовивідних шляхів у дітей є важливою медико-соціальною проблемою.

Підтверджено дані Г.Л.Апанасенка (1992), Т.Ю.Круцевич (2005), В.М.Мухіна (2005) про те, що в дітей з порушеннями постави та ДЖВШ спостерігаються знижені показники фізичного розвитку, фізичного здоров'я, працездатності.

Доповнено відомості про засоби й методи фізичної реабілітації, які рекомендуються при порушеннях постави та ДЖВШ, вміщені у працях В.А.Єпіфанова (2005), В.М.Мухіна (2005), І.В.Мілюкової (2003), М.І.Фонарьова (1988), Л.М.Белозерової (2006), Н.Г.Соколової (2007).

Уперше розроблено авторську програму комплексної фізичної реабілітації для дітей, які мають порушення постави в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів, одночасно спрямовану на корекцію порушень з боку хребта та жовчовивідної системи. Обґрунтовано доцільність і послідовність використання лікувальної фізичної культури, класичного та сегментарного масажу, природних та преформованих факторів курорту «Поляна» у відновному лікуванні цієї категорії пацієнтів із функціональними порушеннями.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне й експериментально-клінічне обґрунтування та нове вирішення наукового завдання щодо поліпшення результатів комплексної реабілітації дітей з поєднанням порушень постави та дискінезії жовчовивідних шляхів із використанням чинників, що одночасно впливають на патологічні процеси як з боку постави, так і жовчовивідних шляхів. Розроблено алгоритм корекції порушень постави, поєднаних із дискінезією жовчовивідних шляхів, засобами фізичної реабілітації із застосуванням природних та преформованих факторів курорту «Поляна» Закарпатської області.

1. Аналіз спеціальної літератури дозволяє зробити висновок про те, що у дітей віком 12 – 14 років серед функціональних розладів фізичного здоров'я найчастішим є поєднання порушень постави та дискінезії жовчовивідних шляхів. Водночас при узагальненні досвіду фізичної реабілітації у відновному лікуванні цих порушень виявлено, що більшість дослідників схиляється до думки про необхідність комплексної фізичної реабілітації з використанням різноманітних засобів, спрямованих як на нормалізацію постави, так і на поліпшення моторної функції жовчовивідних шляхів.

Дотепер у спеціальній літературі розроблялися спеціальні програми фізичної реабілітації, спрямовані на корекцію порушень одного типу – опорно-рухового апарату або жовчовивідної системи – без урахування всієї сукупності проблем, які виникають в організмі дитини. Комплексне застосування реабілітаційних програм не мало повного відображення в досліджуваних публікаціях, що й визначає актуальність дисертаційної роботи.

2. Вихідні показники стану постави обстежених дітей віком 12 – 14 років вказують на два види: кругло-ввігнута спина та сколіотична постава, причому переважає середній ступінь порушень; показники моторної функції жовчовивідних шляхів характерні для гіпотонічного типу. У дітей, у яких КВС поєднується з ДЖВШ, за даними соматоскопічного та інструментального методів дослідження, є виражені зміни хребта, особливо глибини шийного – $4,53 \pm 0,24$ см та поперекового лордозу – $4,31 \pm 0,21$ см. Експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я становила $3,80 \pm 0,64$ бала, тобто рівень нижчий за середній. Коефіцієнт індукції холецистокініну як найважливіший показник кінетичної функції ЖВШ є занижений і становить $K_{хцк_1} - 0,85 \pm 0,14$, $K_{хцк_2} - 0,77 \pm 0,16$. У дітей, у яких сколіотична постава поєднувалася з дискінезією жовчовивідних шляхів, визначальні такі показники: кут відхилення плечових відростків по горизонталі в градусах – $4,8 \pm 0,22^\circ$, відхилення рівня плечей по горизонталі в мм водного стовпа – $5,52 \pm 0,23$ мм, бокові викривлення хребта в боковому відділі – $1,46 \pm 0,11$ см. Оцінка фізичного здоров'я становить $3,40 \pm 0,86$ бала, що означає нижчий за середній рівень. $K_{хцк_1} = 0,79 \pm 0,09$, $K_{хцк_2} = 0,81 \pm 0,11$. У всіх групах занижено показники фізичного розвитку, фізичного здоров'я. Достовірної різниці між основною й контрольною групою не було виявлено.

3. Отримані результати оцінювання показників стану хребта й моторно-евакуаторної функції ЖВШ дозволили визначити найважливіші проблеми, які виникали в дітей із поєднанням порушень. Вони стали основою для розробки програми комплексної фізичної реабілітації з урахуванням особливостей кожного пацієнта. Розроблена комплексна програма передбачала використання таких засобів: лікувальна фізична культура, класичний та сегментарний масаж, внутрішній прийом мінеральної води Поляна Купіль, мінеральні ванни, освітні програми. Це дало змогу цілеспрямовано впливати на виявлені функціональні порушення. Ці програми містять алгоритми реабілітаційного процесу, вказівки щодо проведення занять із використанням спеціальних вправ, які спрямовані одночасно на відновлення порушеної постави та нормалізацію функціонального стану жовчовивідної системи, класичного та сегментарного масажу, використання факторів курорту Поляна.

4. Високу ефективність розробленої реабілітаційної програми підтверджує динаміка показників фізичного розвитку, фізичної працездатності та соматичного здоров'я дітей після проведеного курсу реабілітації. У дітей із поєднанням кругло-ввігнутої спини та дискінезії жовчовивідних шляхів в основній групі поперековий лордоз зменшився з

4,31 ± 0,21 см до 3,17 ± 0,14 см порівняно з контрольною групою, де цей показник змінився з 4,55 ± 0,27 см до 3,70 ± 0,26 см. У дітей основної групи, які мали сколіотичну поставу в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів, відхилення рівнів плечових відростків по горизонталі зменшилося з 4,87 ± 0,22° до 1,85 ± 0,13°, порівняно з контрольною групою, де цей показник змінився з 4,65 ± 0,31° на 2,42 ± 0,23°. У дітей із кругло-ввігнутою спиною в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів Кхцк1 збільшився з 0,85 ± 0,14 од. до 1,07 ± 0,08 од. в основній групі і з 0,91 ± 0,14 од. до 1,07 ± 0,09 од. у контрольній групі. У дітей з поєднанням сколіотичної постави з дискінезією жовчовивідних шляхів основної групи Кхцк1 підвищився з 0,79 ± 0,09 од. до 1,12 ± 0,06 од., тоді як у контрольній групі змінився з 0,84 ± 0,10 од. до 1,08 ± 0,07 од.

5. Порівняльний аналіз проведених досліджень в основній і контрольній групі довів, що розроблена автором програма фізичної реабілітації, спрямована одночасно на корекцію порушень постави й дискінезії жовчовивідних шляхів, сприяє нормалізації діяльності організму в цілому. У дітей з поєднанням кругло-ввігнутої спини та дискінезії жовчовивідних шляхів основної групи відзначалася позитивна динаміка нормалізації постави: слабкий ступінь збільшився до 45,0%, нормалізувалася постава у 37,5%, тоді як у контрольній групі ці показники становили відповідно 37,5% і 27,5%. У пацієнтів зі сколіотичною поставою слабкий ступінь зріс до 37,5% (норма – до 27,5%), тим часом як у контрольній групі ці показники становили 32,5% та 20,0%. Статистично достовірно ($p < 0,05$) збільшилися показники фізичного розвитку й фізичного здоров'я в основній групі, зокрема ЖЄЛ, екскурсія грудної клітки, плечовий індекс, дихальний індекс, індекс Руф'є, тоді як у контрольній групі це поліпшення не таке помітне.

6. Проведені дослідження доводять, що комплексна програма фізичної реабілітації дозволяє швидко комплексно відновити порушену поставу та моторно-евакуаторну функцію жовчовивідної системи. Ефективність запропонованої комплексної реабілітаційної програми й позитивні результати апробації дозволяють рекомендувати її для використання в практику роботи реабілітологів, учителів фізичної культури та спеціалістів ЛФК.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці програм комплексної фізичної реабілітації при поєднанні інших видів порушень постави й захворювань органів травлення та їх впровадження у практику роботи реабілітологів і спеціалістів ЛФК.

Список публікацій автора за темою дисертації

а) наукові праці у фахових виданнях

1. Філак Я. Кореляція постави та захворювань органів травлення у дітей шкільного віку / Ярослав Філак // Молода спортивна наука України. – Львів, 2007. – Вип. 11. – С. 123–165.

2. Філак Я. Комплексна реабілітація дітей з дискінезією жовчовивідних шляхів і порушенням постави / Ярослав Філак // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2007. – № 2–3. – С. 187–189.

3. Філак Я.Ф., Фабрі З.Й. Динаміка співвідношення порушень постави та захворювання на гастрит у дітей шкільного віку / Я. Ф. Філак, З. Й. Фабрі // Молода спортивна наука України. – Львів, 2008. – Вип. 12. – Т. 3. – С. 244–248. Дисертанту належать дані обстежень, їх статистична обробка, бібліографічний пошук і всі наведені результати досліджень.

4. Філак Я.Ф., Фабрі З.Й. Методика корекції порушень постави у дітей шкільного віку / Я. Ф. Філак, З. Й. Фабрі // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2008. – Вип. 55. – Т. 2. – С. 248–250. Дисертанту належать дані обстежень, наукове обґрунтування застосування програми фізичної реабілітації, бібліографічний пошук і всі наведені результати досліджень.

5. Філак Я.Ф. Реабілітація дітей з хронічним холециститом і порушенням постави на курорті «Поляна» / Ярослав Філак // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волинського нац. ун-ту ім. Л. Українки. – Луцьк, 2008. – Т. 3. – С. 160–163.

6. Філак Я. Ф. Пристрій для діагностики стану хребта при порушеннях постави / Я. Ф. Філак // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Чернігів, 2009. – Вип. 64. – С. 530–532.

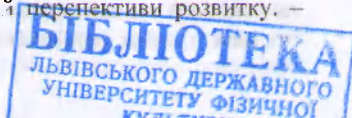
7. Філак Я.Ф. Лікувальна гімнастика у реабілітації школярів з поєднанням кругло-ввігнутої спини та дискінезії жовчовивідних шляхів / Я.Ф.Філак // Фізична культура, спорт та здоров'я нації //Збірник наукових праць. – Випуск 12. – Том 3. – Вінниця, 2011. – С. 145 – 149.

б) в інших виданнях

8. Філак Я. З досвіду корекції порушень постави у дітей шкільного віку / Ярослав Філак // Матеріали VII відкритої наук.-метод. конф. студ. ф-ту спортивної медицини та фіз. реабілітації. – К., 2004. – С. 314–320.

9. Філак Я. Стан хребта у дітей із захворюванням органів травлення / Ярослав Філак // Физическая реабилитация в обеспечении качества жизни населения : материалы научно-практической конф. с международным участием. – Севастополь, 2005. – С. 94–95.

10. Філак Я. Взаємозв'язок порушень постави та захворювань органів травлення у дітей шкільного віку / Ярослав Філак // Валеологічна освіта в навчальних закладах України : стан, напрямки й перспективи розвитку. – Кіровоград, 2006. – С. 287–290.



11. Філак Я.Ф. Фабрі З.Й. Реабілітація дітей шкільного віку з порушенням постави та захворюванням на гастрит / Я. Ф. Філак, З. Й. Фабрі // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф., студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів : «Сучасні досягнення внутрішньої медицини», «Сучасні досягнення в хірургії», «Сучасні досягнення та практичної медицини», присвячений Дню науки в Україні та 60-річчю Сумського державного університету 24-25 квітня 2008 р. – Суми, 2008. – С. 140. Дисертанту належать дані спостережень, наукове обґрунтування застосування програми фізичної реабілітації, бібліографічний пошук і всі наведені результати досліджень.

12. Патент № u 2009 01286, МПК (2009) А 61 В 6/02 Пристрій для діагностики стану хребта при порушеннях постави / Філак Я.Ф. - № 42552 ; заявл. 24.11.2008 ; опубл. 10.07.2009, Бюл. № 13.

13. Патент № u 2008 13535, МПК (2009) А 61 В 5/103. Спосіб діагностики стану хребта при порушеннях постави / Філак Я.Ф. - № 40790 ; заявл. 24.11.2008; опубл. 27.04.2009, Бюл. № 8.

14. Патент № а 2008 13550, МПК (2009) А 61 В 6/02. Спосіб діагностики стану хребта при порушеннях постави / Філак Я.Ф. - № 90057 ; заявл. 24.11.2008; опубл. 25.03.2010, Бюл. № 6.

15. Патент № а 2009 02058, МПК (2009) А 61 В 6/02. Пристрій для діагностики стану хребта при порушеннях постави / Філак Я.Ф. - № 90815 ; заявл. 10.03.2009 ; опубл. 25.05.2010, Бюл. № 10.

АНОТАЦІЯ

Філак Я.Ф. Фізична реабілітація дітей з порушеннями постави у поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація. – Львівський державний університет фізичної культури, м. Львів, 2012.

Дисертація ґрунтується на комплексному обстеженні та результатах реабілітації в санаторії «Поляна» Закарпатської області дітей віком 12 – 14 років, які мали поєднання порушень постави та дискінезії жовчовивідних шляхів. Усього в дослідженні обстежено 160 дітей. Розроблено програми фізичної реабілітації дітей, у яких дискінезія жовчовивідних шляхів поєднувалася з кругло-ввігнутою шиною та сколіотичною поставою, спрямовані на одночасне поліпшення постави й функціонального стану жовчовивідної системи, загального рівня фізичного здоров'я і якості життя. Отримані результати підтверджують ефективність запропонованих програм фізичної реабілітації та необхідність їх широкого застосування в дітей з поєднанням таких порушень постави як кругло-ввігнута спина, сколіотична постава, а також дискінезія жовчовивідних шляхів.

Упроваджені комплексні програми фізичної реабілітації, які містили лікувальну гімнастику, класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, пиття мінеральної води Поляна Купіль, мінеральні ванни, теренкур, рухливі ігри, кліматотерапію, сприяли нормалізації постави, функціонального стану жовчовивідної системи, поліпшенню самопочуття, фізичного розвитку, фізичної працездатності та загального рівня фізичного здоров'я. Установлений у процесі обстеження та фізичної реабілітації взаємозв'язок порушень постави та функціонального стану жовчовивідної системи може розглядатися як фактор ризику для дітей шкільного віку. При обстеженні стану постави та контролі за ефективністю реабілітаційних програм рекомендовано використовувати запатентований автором прилад «Сколіозометр».

Ключові слова: фізична реабілітація, порушення постави, дискінезія жовчовивідних шляхів, кругло-ввігнута спина, сколіотична постава, сколіозометр.

АННОТАЦІЯ

Филак Я.Ф. Физическая реабилитация детей с нарушениями осанки в сочетании с дискинезией желчевыводящих путей. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – физическая реабилитация. – Львовский государственный университет физической культуры, г. Львов, 2012.

Диссертация основана на комплексном обследовании и результатах реабилитации в санатории «Поляна» Закарпатской области детей в возрасте 12 – 14 лет, имеющих сочетание нарушений осанки и дискинезии желчевыводящих путей. Всего в представленной работе обследовано 160 детей. Разработанные программы физической реабилитации детей, у которых дискинезия желчевыводящих путей сочеталась с кругло-ввогнутой спиной и сколиотической осанкой, направлены на одновременное улучшение осанки и функционального состояния желчевыделительной системы, общего уровня здоровья и качества жизни. Полученные результаты подтверждают эффективность предложенных программ физической реабилитации и необходимость их широкого применения у детей из сочетанием таких нарушений осанки как кругло-ввогнутая спина, сколиотическая осанка, а также дискинезия желчевыводящих путей.

Внедренные комплексные программы физической реабилитации, включающие лечебную гимнастику, классический и сегментарно-рефлекторный массаж, питье минеральной воды Поляна Купель, минеральные ванны, теренкур, подвижные игры, климатотерапию, содействовали нормализации осанки, функционального состояния желчевыделительной системы, улучшению самочувствия, физического развития, физической трудоспособности и общего уровня физического здоровья. Установленная в процессе обследования и физической реабилитации взаимосвязь нарушений осанки и функционального состояния

желчевыведительной системы может рассматриваться как фактор риска для детей школьного возраста. При обследовании состояния осанки и контроле эффективности реабилитационных программ рекомендуется использовать запатентованный автором прибор «Сколиозометр».

Ключевые слова: физическая реабилитация, нарушения осанки, дискинезия желчевыведительных путей, кругло-вогнутая спина, сколиотическая осанка, сколиозометр.

SUMMARY

Filak Ya.F. physical rehabilitation of children with breach of deportment in combination with biliary tract dyskinesia. – Manuscript.

Dissertation for the degree of candidate of physical culture and sports in speciality 24.00.03 – physical rehabilitation. – Lviv State University of Physical Culture, Lviv, 2012.

The dissertation is based on complex examination and results of the rehabilitation in the sanatorium “Polyana” in Transcarpathian region of children aged 12-14 having breach of deportment combined with biliary tract dyskinesia. 160 children were examined in the experiment. Programs of physical rehabilitation of children with biliary tract dyskinesia combined arched back and scoliotic deportement aimed at simultaneous improvement of deportement and functional state of biliary tract system, general health level and quality of life were developed. The received results prove the effectiveness of the proposed physical rehabilitation programs and the necessity of their wide usage with children having combined arched back, scoliotic deportement and also biliary tract dyskinesia.

Complex physical rehabilitation programs which included remedial exercises, classical and reflexosegmental massage, drinking mineral water Polyana Kupil, mineral bathes, terraicur, active games, climatotherapy have been provided and have been led to the normalization of the deportment, functional state of the biliary tract system, improvement of health level, physical development, physical capacity for work and general level of physical health. In the process of examination and physical rehabilitation the interrelationship between breach of deportment and functional state of biliary tract system was established and can be considered as a risk factor at school-age children. At a deportment state examination and at controlling the rehabilitation programs effectiveness it is advisable to use the tool scoliosometer patented by the author.

Key words: physical rehabilitation, breach of posture, biliary tract dyskinesia, arched back, scoliotic posture, scoliosometer.