**Л.Б. Волошко**, к.пед., доцент;

**В. С. Дабека,** студентка ІІІ курсу спеціальності

«Фізична терапія, ерготерапія»,

*Полтавський національний технічний університет*

*імені Юрія Кондратюка*

**ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇСИСТЕМИ**

Хвороби дихальної системи за результатами останніх статистичних досліджень посідають перше місце у структурі захворюваності дітей [1]. Часті повторні респіраторні захворювання в дитячому віці становлять серйозну медико-соціальну проблему. Респіраторна функція складається з безлічі компонентів, головними з яких є: бронхіальна прохідність, дифузійна здатність, еластичні властивості легень та респіраторна м’язова функція [3].

Порушення на одному з цих етапів призводить до різних бронхо-легеневих захворювань, які можуть бути гострими, рецидивуючими та хронічними. Незалежно від етіології хвороби на слизовій оболонці розвивається запалення, в зоні якого відбуваються різкі зміни тканинного обміну, що обумовлено ушкодженням тканини та порушенням регіонарногокровотоку [2]. Тому дуже важливою є фізична реабілітація дітей з бронхо-легеневими захворюваннями з перших днів їх проявів.

Проте, звертаючи увагу на організаційно-методичні особливості програм з фізичної реабілітації ми виявили, що у багатьох рекомендаціях опускається реабілітаційне обстеження таких пацієнтів, а програма базується за даними діагнозу, рухового режиму та періоду реабілітації [2], що, можливо, можна пояснити тим, що пацієнти з гострими захворюваннями приходить до фізичного реабілітолога за направленням лікаря з встановленим діагнозом.

Серед науково-методичної літератури, присвяченої питанням фізичної реабілітації осіб з бронхо-легеневими патологіями переважають роботи у яких надається перевага опису нових реабілітаційних програм/методик, однак практично відсутні теоретичні розробки загально-теоретичних положень процесу фізичної реабілітації при респіраторних захворюваннях. Проте, успішність реабілітаційного процесу залежить від багатьох факторів, і зокрема й від організаційно-методичних.

Побудова програм фізичної реабілітації і сам процес повинні враховувати, що система реабілітації дітей з захворюваннями органів дихання має багаторівневий характер у вигляді мережі установ, що забезпечують поетапне послідовне проведення відновного лікування, а основними принципами реабілітації таких хворих є ранній початок, безперервність, наступність, індивідуалізація і комплексний характер програм реабілітації з метою профілактики інвалідизації, поліпшення якості життя [2]. У цьому контексті програми фізичної реабілітації виступають як процес комплексного застосування дозованого фізичного навантаження, немедикаментозної терапії, психолого-педагогічної корекції, соціальної підтримки, що спрямований, насамперед, на підвищення загальної і місцевої резистентності (опірності) бронхіального дерева і сприяє посиленню крово- і лімфообігу, зменшенню запальних змін у бронхах, відновленню дренажної функції бронхів і механізму правильного дихання.

При фізичній реабілітації використовуються гімнастичні фізичні вправи (загальнорозвиваючі, дихальні вправи, коригувальні, вправи на розслаблення), що являють собою спеціально підібрані поєднання природних для людини рухів, розділених на певні складові елементи. Істотним результатом трофічного впливу фізичних вправ є відновлення еластичності і рухливості легень. Окрім того, застосування фізичних вправ може сприяти нормалізації порушеної дихальної функції: в основі лежить перебудова патологічно зміненої регуляції. За рахунок довільного управління всіма компонентами дихального акту досягається повне рівномірне дихання, належне співвідношення вдиху і видиху й акцент на видиху, необхідна глибина дихання. Поступово формується повноцінний дихальний акт, що закріплюється в процесі систематичного тренування за механізмом утворення умовних рефлексів [2, 3].

Головне місце у процедурі лікувальної гімнастики відводиться дихальним вправам та елементам дихальних практик, оскільки їх використання патогенетичне та цілеспрямоване відносно діагнозу.

При виконанні вправ звертається увага на те, що дихання через ніс вважається правильним і викликає відносно сильний спротив на вдиху, що необхідно для постійного збудження і напруження дихальних м’язів грудної клітки і діафрагми і підтримання постійного об’єму грудної клітки [1].

Фізичні вправи у воді (гідрокінезитерапія) – одна з форм лікувальної фізичної культури, особливістю якої є одночасний вплив на організм людини води і активних рухів [3]. Занурення у воду викликає переміщення крові з периферії, збільшує кровотік в органах грудної порожнини. Перебування у воді створює опір рухам грудної клітки, кінцівкам і збільшує опір потоку повітря. За рахунок підвищення внутрішньочеревного тиску знижується обсяг легенів, посилюється робота апарату зовнішнього дихання [2].

Стандартні методики гідрокінезитерапії, що застосовуються у санаторіях, та зміст занять мають можливість модифікуватися за рахунок: збільшення тривалості підготовчої частини заняття на суші; збільшення часу, що приділяється виконанню дихальних вправ; зменшення часу, що відводиться плаванню з пінопластовою дощечкою та іграм; зменшення тривалості процедури на перших заняттях за рахунок скорочення часу перебування у воді; введення коригувальних вправ; заміни стандартних вправ на вправи з пінопластовою дощечкою, м’ячами тощо; заміни можливості довільного дихання при виконанні певних вправ на регламентоване [2].

Лікувальна дозована ходьба застосовується у вигляді прогулянок для отримання помірної тренуючої та відновної дій, для адаптації дихальної і серцево-судинної систем до фізичних навантажень, покращення функцій органів організму та метаболізму. На дитину під час прогулянок діють кліматичні умови, сприяючи загартуванню та позитивно впливаючи на психоемоційну сферу, посилюючи оздоровчий ефект.

Рухливі ігри виконують оздоровчі, соціальні, виховні і моральні функції. Оздоровчі функції рухливих ігор полягають у тому, що вони активізують морфофункціональний розвиток органів і систем організму, покращують функції аналізаторів і протікання нервових процесів (сприяють приведенню у баланс збуджувальних і гальмівних процесів), зменшують чи ліквідують наявність дефіциту рухової активності, підвищують загальну працездатність[2]. Рухливі ігри, як і інші форми занять фізичними вправами, можуть бути включені до рекомендацій для батьків під час проведення реабілітаційних заходів вдома після виписки з санаторію.

За даними клінічного та реабілітаційного обстеження лікар з фізичним реабілітологом визначають потребу у реабілітації та реабілітаційний потенціал дітей з бронхо-легеневими захворюваннями. Це обумовлює складання плану реабілітації який включає наступні етапи: обстеження, визначення лімітуючих факторів щодо засобів та методик фізичної реабілітації, рівня знань і навичок у дітей та їх батьків щодо контролю за перебігом бронхо-легеневого захворювання та адекватного проведення реабілітації й організації занять з фізичної культури, постановки мети, цілі та завдань, визначення технології фізичної реабілітації та на її основі складання індивідуальної програми. Реалізація даної програми з постійним контролем та забезпечення пацієнта, на момент виписки, домашньою програмою фізичної реабілітації на основі даних підсумкового контролю.

Перспективи подальших досліджень передбачають обґрунтування та розробку диференційного підходу до складання індивідуальних програм фізичної реабілітації для дітей з бронхо-легеневими захворюваннями відповідно до клінічної характеристики та функціонального стану дитини на момент втручання.

*Література:*

1. Геппе Н. А. К вопросу о дальнейшем развитии научно-практической программы по внебольничной пневмонии у детей / Н. А. Геппе, А. Б. Малахов, И. К. Волков [и др.] // Рус. мед. журн. – 2014. – № 3. – С. 188–193. 2. Герцик А. М. Мета, цілі та завдання фізичної реабілітації: системний підхід / А. М. Герцик // Молодіжний вісник СНУ. – 2015. – № 20. – С. 121–126.

3. Івасик Н. Характеристика дітей з бронхолегеневою патологією / Н. Івасик, В. Бергтравм, І. В. Бакум // Молода спортивна наука України : Зб. наук. статей з галузі фіз. культури та спорту. Випуск. 18. – Львів, 2014. – Т.3. – С. 81–85.