

Тетяна Христова, Валентина Уголькова

(Мелітополь, Україна)

**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З БРОНХІТОМ**

У статті охарактеризовано складові комплексної програми фізичного виховання та реабілітації дітей 6-7 років з рецидивним бронхітом. Встановлено, що в учнів експериментальної групи відбулося достовірне підвищення показників зовнішнього дихання та психоемоційного стану; результати рухових тестів наблизилися до показників здорових однолітків.

***Ключові слова:** фізичне виховання, реабілітація, рецидивний бронхіт, молодший шкільний вік*

The article describes the components of a comprehensive program of physical education and rehabilitation of children 6-7 years with recurrent bronchitis. It was established that students of the experimental group had a significant increase in the parameters of external respiration and psycho-emotional state; the results of motor tests approached the indicators of healthy peers.

***Key words:** physical education, rehabilitation, recurrent bronchitis, junior school age*

Захворювання органів дихання займають значне місце в патології внутрішніх органів та мають тенденцію до зростання [3, с. 300]. За поширеністю перше місце серед бронхо-легеневої патології у дітей посідають рецидивні форми бронхітів. Рецидивний бронхіт зустрічається у дітей різного віку, але найчастіше у періоді від 6 до 7 років. У подальшому житті можлива трансформація рецидивного бронхіту на бронхіальну астму або хронічний бронхіт, що призводить до погіршення якості життя окремої людини та зменшення потенціалу здоров'я нації [4, с. 64]. Крім того, значними є економічні витрати, пов'язані з тимчасовою непрацездатністю батьків при

виникненні рецидиву бронхіту в дитини [1, с. 18].

Гострий період рецидивного бронхіту характеризується бурхливим перебігом, спонукаючи педіатрів на призначення потужної протизапальної терапії. Подібна тактика виявляється не завжди виправданою, оскільки призводить до посилення алергізації дитячого організму та ослаблення імунітету. До того ж вартість медикаментозної терапії при даному захворюванні є високою. Тому важливість розробки програм фізичного виховання та реабілітації, які базуються на природних засобах відновлення та підтримання здоров'я, для дітей з рецидивним бронхітом набуває все більшого значення [2, с. 31].

У наявних програмах фізичної реабілітації дітей із різними респіраторними захворюваннями недостатньо уваги приділено застосуванню нетрадиційних методів відновлення здоров'я. Наявні рекомендації стосуються використання йога-терапії, китайської рефлексотерапії, Су Джок терапії та цигун-терапії. Проте не було виявлено досліджень щодо комплексного застосування нетрадиційних засобів фізичної реабілітації у дітей з рецидивним бронхітом.

Актуальність проблеми фізичного виховання та реабілітації дітей з рецидивним бронхітом зумовлена поширеністю даної патології, можливими негативними наслідками для здоров'я дитини у подальшому житті. Це висуває завдання, пов'язані з проведенням комплексу заходів фізичної реабілітації та оздоровлення, до групи найважливіших медико-соціальних проблем [5, с. 89]. Незважаючи на наявність низки джерел інформації та розробок окремих авторів, недостатньо розкритою залишається проблема комплексного використання різних засобів фізичного виховання для відновлення здоров'я даного контингенту дітей на різних етапах фізичної реабілітації.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та апробувати комплексну програму фізичного виховання та реабілітації, спрямовану на загальне зміцнення організму дітей 6-7 років з рецидивним бронхітом та зменшення кількості рецидивів даного захворювання.

Об'єкт дослідження – фізичне виховання та реабілітація дітей молодшого

шкільного віку з рецидивним бронхітом.

Предмет дослідження – комплексна програма фізичного виховання та реабілітації дітей 6-7 років з рецидивним бронхітом.

Весь комплекс досліджень був виконаний у 2017-2018 роках на базі Комунального закладу «Мелітопольський дитячий санаторій» Запорізької обласної ради. У експерименті приймали участь 24 школяра з встановленим діагнозом «рецидивний бронхіт» віком 6-7 років, які відносяться до вікової групи молодшого шкільного віку. Після оцінки фізіологічного розвитку та стану здоров'я, методом простого добору діти були розподілені на дві групи (експериментальну та контрольну) по 12 осіб в кожній. Школярі контрольної групи (КГ) займалися фізичною культурою за програмами, які існували на базі проведення дослідження. Дані програми включали традиційні вправи лікувальної гімнастики та дихальні вправи, класичний лікувальний та сегментарно-рефлекторний масаж. Для дітей експериментальної групи (ЕГ) була розроблена комплексна програма фізичного виховання та реабілітації.

Спільним між розробленою та наявними програмами фізичного виховання та реабілітації дітей з рецидивним бронхітом були основні принципи їх реалізації, а також особливості дозування вправ та тривалість занять на різних рухових режимах. Проте розроблена комплексна програма фізичного виховання та реабілітації відрізнялася етапністю, включенням нетрадиційних засобів відновлення здоров'я (використання яких диференціювалося залежно від етапу фізичної реабілітації), запровадженням навчання батьків дітей молодшого шкільного віку з рецидивним бронхітом самостійному застосуванню засобів фізичної реабілітації у домашніх умовах.

Розроблена програма враховувала завдання кожного з етапів фізичної реабілітації та узгоджувалася із основними принципами, завданнями та відповідними напрямками роботи, викладеними у сучасних програмах розвитку дітей молодшого шкільного віку.

Комплексна програма фізичного виховання та реабілітації для дітей 6-7 років з рецидивним бронхітом включала такі складові: 1) фізична реабілітація в

умовах стаціонару під час рецидиву бронхіту (лікарняний етап); 2) фізичне виховання в умовах шкільного навчального закладу (післялікарняний етап); 3) фізичне виховання та реабілітація у домашніх умовах (післялікарняний етап)

На лікарняному етапі фізичної реабілітації вирішувалися наступні завдання: зменшення запальних явищ; поліпшення дренажної функції бронхів; зменшення застійних явищ у дихальній системі; тренування носового дихання; стимуляція захисних сил організму; тренування рухових навичок; підвищення нервово-психічного тону дитини. Тривалість занять з лікувальної гімнастики поступово збільшувалася від 10 до 25–35 хв. Самостійні заняття проводилися батьками 2–3 рази на день та включали: виконання дихальних вправ хатха-йоги (спрямованих на відновлення носового дихання), та виконання простих прийомів масажу або самомасажу рефлексогенних зон обличчя та шиї. Тривалість самостійних занять – до 5 хв.

Масажні процедури починалися з виконання прийомів класичного масажу, після яких застосовувалися прийоми міофасціального релізу та сегментарно-рефлекторного масажу. Дані прийоми проводилися на передній та задній поверхнях грудної клітки. Крім того, використовувалися Су Джок терапія та лінійний масаж меридіану легенів. Процедура тривала від 15 до 25 хв., на курс – 10 процедур. На ліжковому руховому режимі батькам рекомендувалося самостійно проводити мануальний масаж зон відповідності за системою Су Джок 2–3 рази на день; на наступних рухових режимах використовувався масаж точок відповідності спеціальною паличкою та насінням-аплікатором.

На післялікарняному етапі фізичної реабілітації вирішувалися наступні завдання: відновлення та закріплення нормальної функції зовнішнього дихання; тренування функцій серцево-судинної та дихальної систем; підвищення опірності організму до впливу несприятливих факторів зовнішнього середовища та протидія виникненню респіраторних захворювань.

В умовах загальноосвітнього навчального закладу до занять з лікувальної гімнастики входили ті самі засоби, що і на лікарняному етапі фізичної реабілітації, проте їх дозування було збільшено, а умови виконання ускладнено.

Процедури масажу на даному етапі фізичної реабілітації також були аналогічними до масажних процедур на лікарняному етапі, за винятком лінійного масажу меридіану легенів та Су Джок насіння-терапії, які на даному етапі не застосовувалися. Для дітей було проведено 2 курси масажу, перерва між якими складала 3–4 місяці. Тривалість курсу – 10 процедур.

Заняття з лікувальної гімнастики у домашніх умовах склалися з трьох частин: 1) вступної, яка включала загальнорозвивальні вправи для різних м'язових груп та суглобів, а також елементи цигун-терапії (комплекс прохлопувань та розтирань); 2) основної, яка включала три блоки вправ: аеробно-циклічні вправи, асани хатха-йоги та елементи пранаями; діти виконували асани, засвоєні під час занять у лікарні або навчальному закладі; 3) заключної, до якої входив самомасаж вušних раковин, що рекомендувався до виконання батькам разом з дитиною. Дані заняття було рекомендовано проводити не менше 3 разів на тиждень, орієнтовна тривалість – 20–30 хв. Під час виконання всіх вправ увагу акцентували на диханні через ніс.

Елементи загартування використовувалися у вигляді ходіння босоніж під час занять з лікувальної гімнастики та контрастних ванночок для стоп. Су Джок терапію у домашніх умовах було рекомендовано застосовувати як засіб попередження респіраторних захворювань у період їх розповсюдженості (в осінньо-зимовий та весняний періоди). Рекомендації з дієтотерапії за системою Аюрведи ґрунтувалися на принципах зменшення надмірних проявів життєвого принципу «слизу» в організмі дитини. Батькам було надано перелік продуктів, які необхідно виключити з раціону дитини, обмежити вживання, а також надано рекомендації щодо заміни низки звичних продуктів на більш корисну альтернативу.

Первинне обстеження показало низьку фізичну підготовленість дітей із рецидивним бронхітом за рекомендованими тестами для молодших школярів. На початку експерименту зниження результатів склало: в бігу за 6 хв. - 680 метрів (хлопчики), 600 метрів (дівчатка); у човниковому бігу - 4 секунди (хлопчики), 5 секунд (дівчатка); у стрибках у довжину - 45 см та 84 см

відповідно; у підйомі тулуба з положення лежачи на спині - 4 рази (хлопчики), 4 рази (дівчатка). У річному циклі відзначене поліпшення результатів рухових тестів. Показники рухових тестів у дітей експериментальної групи наблизилися до показників здорових однолітків за всіма тестами; відставання збереглося в дітей контрольної групи: у бігу за 6 хв. - у хлопчиків - 460 метрів, у дівчаток - 440 метрів; у човниковому бігу в хлопчиків - 0,2 секунди, у дівчаток - 1,1 секунди; у стрибках в довжину - у хлопчиків - 38 см, у дівчаток - 52 см.

Спеціальні фізичні вправи сприяли поліпшенню функції зовнішнього дихання дітей з рецидивним бронхітом. Після експерименту відзначене достовірне підвищення пікової швидкості видиху на 17%; приріст ОФВ₁ склав 17%, МОШ₂₅ - 22%, МОШ₅₀ - 26%, МОШ₇₅ - 32%, останнє свідчить про поліпшення прохідності повітря по бронхах дрібного калібру.

Результати проби Штанге в дітей з рецидивним бронхітом експериментальної групи наблизилися до норм здорових однолітків та склали в хлопчиків $35,7 \pm 3,2$ с, у дівчаток - $32,7 \pm 2,1$ с. Показники проби Генчі по закінченню курсу фізичних тренувань відповідали високому рівню і дорівнювали в хлопчиків $15,0 \pm 2,6$ с, у дівчаток - $14,0 \pm 1,4$ с.

Застосування комплексної програми фізичного виховання та реабілітації для дітей із рецидивним бронхітом дозволило поліпшити психоемоційний стан молодших школярів. Відзначене зниження рівня тривожності (за шкалою CMAS) - в 7 дітей (58%) - до нормального рівня, в 4 дітей (33%) - до підвищеного рівня, в 1 дитини (9%) - зберігся високий рівень тривожності. Після проходження курсу фізичної реабілітації рівень самооцінки в дітей експериментальної групи був у значній мірі вище, ніж у дітей контрольної групи: високий рівень - в 60%, середній - в 40% дітей.

При опитуванні батьків через один рік після впровадження комплексної програми фізичних навантажень було визначено, що нестабільна ремісія відзначалася в 4 (33%) дітей експериментальної групи та в 7 (58%) дітей контрольної групи. Стабільна ремісія спостерігалася в 8 (67%) осіб експериментальної групи та 5 (42%) дітей контрольної групи.

Отже, в процесі дослідження була доведена ефективність комплексної програми фізичного виховання та реабілітації дітей молодшого шкільного віку з рецидивним бронхітом, яка може бути рекомендована для використання в спеціалізованих санаторіях, центрах реабілітації.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням ефективності розробленої комплексної програми фізичної реабілітації для дітей старших вікових груп та дорослих із хронічним бронхітом.

ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА

1. Григус І.М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навч. посіб. Львів: Новий світ - 2000, 2012. 186 с.
2. Мовасик Н.І. Фізична реабілітація при порушеннях діяльності органів дихання. Львів: Здоров'я, 2014. 166 с.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підруч. - К.: Олімп. л-ра, 2009. 488 с.
4. Христова Т.Є., Михайлютенко С.С. Комплексне використання засобів фізичного виховання на заняттях в спеціальних медичних групах (при бронхіальній астмі) // Динаміката на сьвременната наука-2016: матеріали за XII междунар. научна практична конф. Т. 2. София. 2016. С. 64-66.
5. Христова Т.Є., Суханова Г.П. Основи лікувальної фізичної культури: навч. посібник. Мелітополь: ТОВ Колор Принт, 2015. - 172 с.

Відомості про авторів

Христова Тетяна Євгенівна – доктор біологічних наук, професор кафедри теорії і методики фізичного виховання та спортивних дисциплін Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; тел. 0982126847; fizreabznu@gmail.com; сертифікат: ТАК; про конференцію дізналася від колег.

Уголькова Валентина Вікторівна – студентка 2 курсу магістратури природничо-географічного факультету Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького; тел. 0983986865; fizreabznu@gmail.com; сертифікат: НІ; про конференцію дізналася від наукового керівника.