

## **ПРОФІЛАКТИКА СКОЛІОЗУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ**

**Поташнюк І. В.**

*доктор педагогічних наук, доцент,  
професор кафедри здоров'я людини та фізичної терапії  
Міжнародного економіко-гуманітарного університету  
імені академіка Степана Дем'янчука  
м. Рівне, Україна*

**Смірнова Є. В.**

*доцент кафедри здоров'я людини та фізичної терапії  
Міжнародного економіко-гуманітарного університету  
імені академіка Степана Дем'янчука*

**Денисенко Ю. Т.**

*старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичної терапії  
Міжнародного економіко-гуманітарного університету  
імені академіка Степана Дем'янчука  
м. Рівне, Україна*

**Сколіоз** – це складне структурне захворювання хребта. В результаті патологічних процесів відбувається бічне викривлення хребта в одній або декількох площинах. За даними МОЗ України кожна четверта дитина в Україні має порушення постави. Сколіотичну хворобу найчастіше спостерігають у дітей та підлітків, а її частота перевищує 15% у структурі патології опорно-рухового апарату.

Порушення постави спостерігається у дітей вже в ранньому віці, 80 % випадків мають різні дефекти хребта. Виявлення сколіозу в підлітків як одне з найбільш частих захворювань опорно-рухового апарату, має тенденцію до прогресування і потребує комплексного ортопедичного лікування [1; 2]. Викривлення хребта і грудної клітки можуть привести до тяжких функціональних порушень організму, що значно погіршує якість життя. При значних деформаціях виникає реберний горб, перекошується таз, з'являються клиновидність хребців, утруднюється розвиток внутрішніх органів.

Залежно від величини деформації хребта, розрізняють чотири ступені сколіозу:

Сколіоз 1-го ступеня – кут відхилення (в лежачому положенні) не перевищує  $10^\circ$ , торсійні зміни слабко виражені – відхилення остистих відростків на рентгенограмі від середньої лінії, і незначна асиметрія коренів дуг. Клінічні вияви сколіозу найбільше виражені у стоячому положенні, при розвантаженні асиметрія положення зменшується, але повністю не зникає.

Сколіоз 2-го ступеня – кут відхилення первинної від  $10^\circ$  до  $30^\circ$ . З'являється компенсаторна дуга – проти викривлення вище або нижче первинного.

Сколіоз 3-го ступеня – кут відхилення первинної дуги від  $30^\circ$  до  $60^\circ$ , на верхівці викривлення рентгенологічним способом визначаються клиновидні хребці. Торсійні зміни чітко виражені, виявляються в значній деформації грудної клітки і наявності реберною горба.

Сколіоз 4-го ступеня – найважча деформація з викривленням тулуба. Прогресування бічного відхилення хребта і скручування його по осі зі зміною конфігурації хребців і ребер доводять до утворення кіфосколізу. У хворих чітко виражені передній і задній реберні горби, деформація тазу, скованість рухів і хребта. Кут основного викривлення  $41^\circ$  до  $90^\circ$ .

Сколіотична хвороба – складна, багатопланова медико-соціальна проблема, яка потребує комплексного вирішення. Разом із загальнотерапевтичними гігієнічними засобами та ортопедичними методами застосовують лікувальну гімнастику, лікувальний масаж, фізіотерапію [3].

Одним з провідних засобів консервативного лікування сколіозу є лікувальна фізкультура (ЛФК). Фізичні вправи мають стабілізуючий вплив на хребет, зміцнюючи м'язи тулуба, дозволяють домогтися коригуючого впливу на деформацію, поліпшити поставу, функцію зовнішнього дихання, дають загальнозміцнюючий ефект. ЛФК показана на всіх етапах розвитку сколіозу, але більш успішні результати вона дає при початкових формах сколіозу. Заняття необхідно проводити з урахуванням витривалості м'язової системи, вправи слід дозувати.

При визначенні навантаження використовують дані проб на силу і витривалість до статичних навантажень великих м'язових груп – розгиначів тулуба, м'язів черевної стінки, м'язів, що забезпечують нахил в сторону.

За формою виконання коригуючі вправи поділяються на симетричні, асиметричні, деторсійні. Здійснювати коригуючі вправи слід в тих вихідних положеннях, коли хребет максимально

розвантажений від статичного навантаження, а саме лежачи на спині. Симетричні вправи необхідно застосовувати при сколіозах різної етіології, форми і ступеня вираженості. Асиметричні вправи підбирають спеціально для даного хворого, щоб тренувати тільки ослаблені і розтягнуті м'язи спини; при скороченні їх сколіотична дуга ущільнюється. Протипоказанням до застосування асиметричних вправ є прогресування сколіозу.

Деторсійні вправи застосовуються в тих випадках, коли при сколіозі переважає торсія хребців, їх можна виконувати в різних вихідних положеннях : лежачи на похилій площині, в висі і стоячи [4].

При сколіозі I ступеня виконуються симетричні тренування всіх м'язових груп. Згладжування асиметрії при цьому розглядається як результат збереження м'язами здатності шляхом симетричної довільної напруги коригувати відхилення.

При сколіозі II ступеня на тлі, загальнозміцнюючих вправ, спрямованих на виправлення постави, застосовуються асиметричні коригуючі і деторсійні вправи (за показаннями), легке розтягування м'язів на увігнутій стороні викривлення шляхом укладання на валик, вправи для тренування косих м'язів живота, вправи в ізометричній нарузі м'язів.

При сколіозі III–IV ступеня гімнастика спрямована, на підвищення загального тонуусу організму.

При природженому сколіозі коригуючі вправи протипоказані, так як можуть привести до декомпенсації; використовуються загальнозміцнюючі вправи, що розширюють грудну клітку, які поліпшують поставу.

Таким чином, при оцінці ефективності результатів лікування враховують зміну загального стану, функціонального стану серцево-судинної та бронхолегеневої системи, виховання навички правильної постави, загальної координації рухів, зростання силової витривалості м'язів, зміна дуги викривлення хребта (за даними рентгенограм).

### Література:

1. Бойчук Т. Оцінювання функціонального стану хребта в учнів старшого шкільного віку з порушеннями постави в сагітальній площині / Т. Бойчук, Л. Войчишин. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві* : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2010. № 1(9). С. 73–77.

2. Евминов В. Профілактор Евминова. Комплекс силових упражнень. К. : [б. и.], 2007. 34 с.
3. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич [та ін.] ; за ред. професора В. В. Абрамова та доцента О. Л. Смирнової. Дніпропетровськ, Журфонд. 2014. 456 с.
4. Михалюк Є. Л., Резніченко Ю. Г. Особливості фізичної реабілітації в педіатрії : підручник. Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. 164 с.

DOI

## **ПІДГОТОВКА МЕНЕДЖЕРІВ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ**

**Романов А. Д.**

*кандидат економічних наук, доцент,  
доцент кафедри менеджменту  
Міжнародного економіко-гуманітарного університету  
імені академіка Степана Дем'янчука  
м. Рівне, Україна*

**Романова В. І.**

*кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент,  
доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання  
та адаптивної фізичної культури і спорту,  
Міжнародний економіко-гуманітарний університет  
імені академіка Степана Дем'янчука  
м. Рівне, Україна*

**Петренчук М. В.**

*доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання  
та адаптивної фізичної культури і спорту  
Міжнародного економіко-гуманітарного університету  
імені академіка Степана Дем'янчука,  
керівник КЗ «Обласний центр фізичного здоров'я населення  
«Спорт для всіх» Рівненської обласної ради  
м. Рівне, Україна*