**АНОТАЦІЯ**

дипломної магістерської роботи

студентки ІI курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

**Збрецький Олександр Миколайович**

з теми:

**«Фізична реабілітація дітей та підлітків віком 12-17 років зі сколіозом»**

**Структура** роботи: дипломна робота складається із вступу, трьох розділів із 3-5 підрозділами в кожному, висновків, списку використаної літератури (114 найменування), 2 додатків. Загальний обсяг роботи становить 83 сторінки, основний текст – 62 сторінок. Робота ілюстрована 6 рисунками і 3 таблицями та 7 фото.

**Об’єкт дослідження** – діти віком 12-17 років,які мають захворювання сколіоз.

**Предмет дослідження** – використання засобів фізичної терапії в процесі лікування сколіозу у підлітків 12-17 років.

**Мета роботи –**розробити та апробувати програму комплексної фізичної терапії для лікування сколіозу у підлітків 12-17 років.

**Завдання,** поставлені для досягнення мети:

* Провести теоретичний аналіз фізичної реабілітації при сколіозі.
* Визначити клінічну картину сколіозу у підлітків 12-17 років.
* Охарактеризувати загальні принципи та задачі фізичної реабілітації при сколіозі.
* Провести експериментальне порівняння ефективності використання лікувально-фізкультурної культури в системі комплексної реабілітації сколіозу у підлітків 12-17 років.

**Наукова новизна одержаних результатів:** роботи полягає в експериментальному доведенні ефективності кінезіотерапії, фізіотерапії, лікувально-фізичної культури та класичного і періостального масажу для підлітків із захворюванням на сколіоз.

Отримані результати **практичного застосування** дослідження виражено у формуванні техніки реабілітації хворих на сколіоз із застосуванням класичного та періостального масажу, кінезіотерапії, фізіотерапії, лікувально-фізичної культури.

**Висновки та пропозиції:**

1. Дефектна постава створює умови для прояву захворювань хребта та інших органів опорно-рухового апарату, що приводять до розладів діяльності внутрішніх органів. У дітей з порушеннями постави понижена життєва ємкість легень, зменшена екскурсія грудної клітки та діафрагми, що несприятливо відбивається на діяльності серцево-судинної та дихальної систем. Зниження ресорної функції хребта у дітей зі сколіозом спричиняє постійні мікротравми головного мозку під час ходьби, бігу та інших рухів, що негативно позначається на вищій нервовій діяльності, супроводжується швидким настанням втоми, а нерідко і тривалими головними болями.

2. У системі фізичного коригування порушень постави у школярів застосовується переважно один засіб – фізичні вправи. Разом з тим можна вважати, що масаж може ефективно доповнити дію фізичних вправ, оскільки він є активним способом оздоровлення організму людини. Позитивний вплив масажу позначається на лімфатичній системі та системі кровообігу, нервово-м’язовому і кістково-суглобовому апараті. У зв’язку з цим є доцільним розглядати масаж як процедуру, що створює оптимальні умови корекції постави школярів у комплексі з фізичними вправами. Вказане поєднання в клінічних умовах виявилося дуже ефективним і перенесення такого досвіду на практику роботи у лікувальній фізичній культурі як складовій медичної реабілітації з учнями загальноосвітніх шкіл є вельми перспективним.

3. При повному застосуванні лікувально-реабілітаційних заходів школярі з порушеннями постави мають можливість усунення їх як в умовах медичного закладу, так і спеціальних шкіл-інтернатів, що особливо важливо з огляду на глибоку кризу системи охорони здоров’я. Ефективність цих заходів встановлена і при сколіозі. Використання масажу в середній загальноосвітній школі, зокрема в школі-інтернаті, дозволить охопити більшу кількість учнів з початковими стадіями відхилення від нормальної постави, оскільки до лікувальних установ звертаються діти вже зі значно вираженими порушеннями постави, як наприклад сколіозі, коригувати які надзвичайно тяжко.

4. В дипломній роботі визначені завдання, засоби лікувальної фізичної культури, масажу та фізіотерапевтичних процедур, а також виявлені особливості методики лікувальної гімнастики, лікувального масажу та фізіотерапії залежно від ступеня сколіотичної хвороби. Приватна корекція сколіотичної дуги викривлення хребта повинна проводитися на тлі зміцнення організму з урахуванням функціональної асиметрії окремих м'язів. Кількість спеціальних коригувальних вправ в одному занятті не повинна перевищувати 50% від загально-розвивальних вправ. При корекції будь-яких змін опорно-рухового апарату особливу увагу слід приділяти розвитку правильного дихання, свідомому засвоєнню навичок правильної постави та емоційність занять.

У зв'язку з цим, актуальним слід вважати подальше вивчення і обґрунтування ефективності методик, що використовуються у контексті розв'язання конкретних практичних завдань, а саме:

- пошук нових і більш широке запровадження і поєднання традиційних та новітніх підходів у науково-методичному забезпеченні при доборі ефективних засобів фізичної реабілітації та принципів їх використання відповідно до індивідуальних особливостей дітей та в залежності від типу і стадії сколіотичних порушень;

- підвищення рівня спеціальної професійної підготовленості педагога-реабілітолога, вчителя фізичної культури, інструктора-методиста з ЛФК;

- підвищення рівня теоретичного, науково-методичного, матеріально-технічного, фінансового забезпечення навчально-виховного, лікувального та корекційно-реабілітаційного процесів спеціалізованих навчально-виховних закладів;

- формування позитивної дидактико-реабілітаційної мотивації та створення умов для проявлення наполегливості, ініціативи дітей та їх батьків у тісній взаємодії з лікарями, вчителями, вихователями та психологами.

Як висновок, можемо констатувати, що це дає нам підстави рекомендувати розроблений нами комплекс з обов’язковим включенням різних методик масажу до спеціальних фізичних вправ при фізичній та медичній реабілітації порушень постави у школярів у спеціалізованих (санаторних) школах-інтернатах та при створенні належних умов навіть у загальноосвітніх школах.

**Ключові слова:** фізична реабілітація, фізична терапія, сколіоз, програми фізіотерапії.