

DOI: 10.21802/artm.2019.1.9.168.

УДК 615.82+616.988.23

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ

І.К. Чурпій, М.В. Фіщич

*Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії та фізичного виховання,**м. Івано-Франківськ, Україна,**ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,**ORCID ID: 0000-0002-6579-699X,**e-mail: ch.igor.if@gmail.com, marianafitsych@ukr.net*

Резюме. Гіперактивність – це стан, при якому активність і збудливість дитини перевищує норму, процеси збудження переважають над процесами гальмування.

Найбільш явною ознакою гіперактивності є поведінкові проблеми. Це проявляється у надмірних, не-порядкованих та хаотичних фізичних рухах та різкій зміні поведінки.

Поведінкові особливості дітей з гіперактивністю зводяться в середньому в 70 % випадків до появи занепокоєння, з яких 50 % припадає на неврологічні звички і 20 % – на проблеми із сном.

У даній статті ми хочемо виділити дві найбільш виражені ознаки гіперактивних дітей, а саме: хаотичні рухи та дефіцит уваги – і розкрити їх теоретичний і практичний взаємозв'язок із фізичною реабілітацією.

Практичне дослідження сучасного стану проблеми підтвердило необхідність пошуку ефективних реабілітаційних засобів, спрямованих на попередження, подолання чи відновлення порушених функцій і систем організму та корекцію вторинних недоліків у дітей з гіперактивністю різного віку.

Проведене реабілітаційне дослідження засвідчило високу ефективність проведеної комплексної фізичної реабілітаційної програми для дітей даної категорії на тлі покращення стану здоров'я та зростання всіх показників психофізичного розвитку, що досліджувалися, і може бути рекомендоване для використання у практиці.

Ключові слова: гіперактивність дитини, масаж, лікувальна фізична культура, фізична реабілітація.

Вступ. Гіперактивність – це така форма розладу, яка досить часто виявляється у дітей групи дошкільного віку, а також у дітей раннього шкільного віку, хоча не виключається і «перехід» до подальших вікових груп при відсутності відповідних заходів на її адресу. Гіперактивність, симптоми якої полягають у надмірній енергійності й рухливості дитини, патологічним станом не є і найчастіше обумовлюється порушенням уваги [1].

Синдром гіперактивності може бути спровокований ускладненнями [2], супутніми розвитку дитини, зокрема:

- наявність у матері хронічних захворювань, токсичний вплив, обумовлений отруєнням при вагітності, спровокованим певними продуктами, курінням, алкоголем, прийнятими медпрепаратами;

- перенесення травм у період вагітності;

- перенесення під час вагітності інфекційних захворювань;

- особливості пологів (кесарів розтин, стимуляція пологової діяльності, швидкоплинність пологів або, навпаки, затяжний перебіг пологової діяльності);

- генетична обумовленість;

- органічні ураження головного мозку (несприятливий перебіг вагітності, недоношеність, черепно-мозкові травми й інтоксикації дитини);

- несприятливі умови соціальної ситуації розвитку (в родині, школі);

- морфологічні особливості головного мозку, особливо лобових відділів.

Як і при інших патологіях, гіперактивність у дітей різного вікового періоду поділяється на

первинні і вторинні дефекти. При даній патології первинним дефектом є надмірна збудливість нервової системи внаслідок тієї чи іншої причини виникнення гіперактивності. Щодо формування вторинного дефекту при гіперактивності, то ним можуть бути і поведінкові проблеми різної складності, нічний, а деколи і денний анурез, деякі набуті ортопедичні проблеми, які формуються внаслідок частого повторювання стереотипічних рухів тощо [3].

Гіперактивність має різні прояви відповідно до віку дитини. Як правило, перші симптоми гіперактивності проявляються у віці 1-3 роки, при цьому на прийом до лікаря з супутніми проблемами батьки не поспішають. Через це які-небудь заходи в даному напрямку починають прийматися лише при досягненні критичної точки, яка доводиться в багатьох випадках до моменту надходження в дошкільні навчальні заклади або в школу. У віці 1-2 роки гіперактивність може проявлятися підвищеною нервозністю дитини, дратівливістю, плаксивістю, порушеннями сну, а у 3-4 роки вже може спостерігатися порушення дрібної моторики, імпульсивність, агресивні прояви, що призводять до поступової соціальної дезадаптації дитини [4].

Гіперактивність часто супроводжується розладами сну, наявністю фобій, лабільністю емоцій, незрілістю емоційно-вольової сфери. Також гіперактивність може входити в симптоматичну картину інших нозологій, наприклад, розумової відсталості, різних мовних і сенсорних порушень [2].

Основними базовими ознаками відповідними гіперактивності можна позначити триаду проявів, а

саме: підвищена рухова розгальмованість, імпульсивність і дефіцит активної форми уваги.

Дефіцит активної форми уваги полягає у неможливості утримання уваги на конкретному процесі або явищі протягом виразно заданого часового проміжку. Зосередження досягається шляхом визначення конкретної мотивації до цього [4].

При підвищеному руховому розгальмуванні гіперактивність виступає проявами такого стану як стомлення. У дітей стомлення часто можна порівняти з перезбудженням і з відсутністю здатності до контролю поведінки, що, як зрозуміло, відрізняє його від стомлення у звичному його розумінні.

Імпульсивність полягає в неготовності до гальмування виникнення спонукань і бажань. Через це гіперактивні пацієнти часто роблять ті або інші вчинки необдуманно, під впливом миттєвого фактора, у конкретний момент. Досить характерною особливістю дітей з гіперактивністю є такий момент як циклічність, що полягає в тому, що продуктивність роботи їхнього мозку становить близько 15 хвилин, після чого потрібно 5-хвилинну «перерву», що дозволяє підготуватися до чергового циклу активності. У результаті такого перемикавання можна помітити, що в рамках приблизно однакового та відповідного вказаними цифрами часу дитина як би «випадає» з того процесу, в якому вона на момент «перезавантаження» була задіяна (спілкування, конкретні дії).

У числі додаткових проявів симптоматики також можна позначити актуальність незграбних рухів, які обумовлюються слабкістю моторної координації. В цілому діти можуть мати непоганий загальний інтелект, хоча його розвиток обумовлюється певними труднощами на ґрунті існуючої гіперактивності.

Гіперактивність визначає необхідність у додатку більшого обсягу зусиль, спрямованих на навчання навичкам письма, читання тощо. Спілкування з однолітками практично завжди при гіперактивності дітей супроводжують проблеми комунікативного масштабу, конфлікти.

На підставі даних досліджень відомо, що гіперактивність актуальна в середньому для 2-20 % дітей, при цьому синдром гіперактивності у хлопчиків діагностується до п'яти разів частіше, ніж у дівчаток [3].

Зважаючи на те, що мозок дітей з гіперактивністю обробляє інформацію, що надходить погано, аналогічна реакція з його боку також припадає на вплив зовнішніх і внутрішніх стимулів. Неуважна дитина в результаті цього «некерована». Тут не діють ні вмовляння, ні покарання, ні просьби. Незалежно від умов, дитина буде діяти імпульсивно, без відповідної їй чи іншій ситуації уваги.

Надзвичайно важливим є той факт, що гіперактивність, зокрема в 30-80 % випадків, супроводжується і в дорослому житті пацієнтів. Більше того, саме на тлі цього розладу, не виявленого в дитячому віці, існують згодом проблеми, пов'язані з нездатністю збереження уваги, з організацією міжособистісних відносин і загального навколишнього простору, а також проблеми, пов'язані з освоєнням нової інформації і матеріалів [2, 3, 4].

Метою наших досліджень було вивчення впливу засобів фізичної реабілітації, а саме масажу та пасивної лікувальної фізичної культури, на поведінковий та фізіологічний стан у дітей з гіперактивністю.

Методи дослідження. При проведенні даного дослідження було обстежено 40 дітей з гіперактивністю, які були поділені на дві групи. Перша група проходила психолого-педагогічну корекцію. У другій групі психолого-педагогічну корекцію поєднали з курсом фізичної реабілітації. Вік коливався від 1,7 до 8 років.

При проведенні неврологічного обстеження, а саме після обробки даних електроенцефалограм у обстежених дітей, спостерігалися зміни в лобних ділянках головного мозку, що є відмінністю у порівнянні зі здоровими дітьми, і саме ці порушення центральної нервової системи можуть бути морфологічним субстратом для виникнення легкої церебральної патології, що спостерігається у дітей з синдромом гіперактивності.

Щодо обстеження досліджуваних дітей з гіперактивністю психологами раннього розвитку, то тут теж спостерігається невтішна картина не тільки з боку поведінкової ситуації, але й є чіткі порушення у відставанні щодо віку, а також у дітей з гіперактивністю слабо розвинена пам'ять, увага, запам'ятовування, спілкування з іншими дітьми, дорослими та присутні різні фобії. У цілому, керуючі функції відповідають за моторний контроль, саморегуляцію, внутрішню мову, увагу та оперативну пам'ять, тобто цілеспрямовану організацію діяльності - саме їх порушення веде до розвитку синдрому гіперактивності.

При проведенні реабілітаційного обстеження нам було важливо дати оцінку стану м'язового тонуусу всіх м'язів дитини, не розділяючи організм на окремі частини. При цьому обстеженні у кожної гіперактивної дитини через неупорядковані хаотичні рухи, які індивідуально формувалися у кожного і з часом стали однаковими у повторенні, спостерігалася різка м'язова дистонія. Такі обстеження м'язового тонуусу допомогли нам зробити наступні висновки щодо фізичного стану дітей з гіперактивністю. М'язи тулуба, живота та грудної клітки знаходяться в гіпертонусі. Тоді як м'язи верхніх кінцівок перебувають у чітко відмежованій дистонії: дистальні частини руки (від кисті до ліктьового суглобу) перебувають у гіпотонусі, а проксимальні – в гіпертонусі (від ліктьового суглобу до плечового суглобу). М'язи нижніх кінцівок у дистальних частинах (від фаланг до колінного суглоба) перебувають у гіпертонусі, а проксимальні (від колінного суглоба до кульшового) – у гіпотонусі. Щодо значення м'язової дистонії при гіперактивності не мається на увазі гіпо- чи гіпертонус як при парезах, а елементарної м'язової сили чи послаблення її. Наприклад, гіперактивна дитина при цьому може виконати удар боксерської груші, але не може окремих пальцем натиснути клавішу піаніно або обвести олівцем контур штрихпунктирної лінії. З нижніми і верхніми кінцівками все навпаки: гіперактивна дитина може ходити на носках (подібно як при пірамідній недостатності), але не може копнути м'яч.

Масаж при гіперактивності виконується у щадному режимі за трьома основними прийомами класичного масажу. Головна мета масажу в даній ситуації – це вирівняти м'язовий тонус. Тривалість такого масажу – 60 хвилин. Особливістю проведення масажу у дітей з гіперактивністю є те, що дитина вільно і невимушено обирає своє зручне положення. Також у такий курс масажу входив і внутрішній та зовнішній логопедичний масаж.

Вібрацію ми не виконували, оскільки діти і так перебували у стресово-напруженому стані, а дехто проявляв агресію на перших 2-3 сеансах. Далі наступав стан розслаблення від процедури.

Погладжування – це масажний прийом, під час якого рука реабілітолога ковзає по шкірі масованого, не утворюючи шкірної складки. Даний прийом при парезах допомагає підготувати уражену ділянку на механічному та нейрогуморальному рівнях [5].

До основних прийомів погладжування відносяться: прямолінійний, зигзагоподібний, спіралеподібний, поперемінний, комбінований, поздовжній (однією і двома руками), концентричний (на великих суглобах), колоподібний (на дрібних суглобах).

Розтирання – це один із прийомів класичного масажу, під час якого рука реабілітолога при натисканні утворює складку шкіри або підлеглих тканин [6].

Існує багато видів розтирання; наведемо основні з них, які були використані:

- прямолінійне, зигзагоподібне і спіралеподібне «щипцями»;
- прямолінійне, спіралеподібне або колоподібне подушечками пальців;
- прямолінійне, спіралеподібне або колоподібне подушечкою великого пальця однією або двома руками;
- прямолінійне, спіралеподібне або колоподібне подушечками чотирьох пальців однієї і двома руками;
- спіралеподібне або колоподібне фалангами зігнутих пальців однієї і двома руками;
- прямолінійне, спіралеподібне або колоподібне основою долоні однієї і двома руками;
- прямолінійне подушечками і горбами великих пальців або подушечками 4 пальців і основами долонь;
- прямолінійне, спіралеподібне або колоподібне ребром великого пальця.

Розминання – це один із основних прийомів класичного масажу, що призводить до розтягування м'язових волокон. На нього відводиться більше 50 % часу масажу. За допомогою розминання масується вся м'язова система дитини [5, 6].

При розминанні руки реабілітолога повинні якнайглибше проникнути у глибину м'яза, виконується в середньому темпі. Дана маніпуляція не повинна викликати неприємних відчуттів.

Проведення лікувальної фізичної культури передбачає певні цілі: покращити рухи в суглобах, стан вестибулярного апарату, дрібної моторики; зняти фізичну та емоційну напругу; запобігти ряду ортопедичних проблем; сприяти кращому апетиту, травленню. Проводиться пасивно, тобто реабілітологом. Це робиться для того, щоб дитина відчувала ритм і виробляла терпіння повільного темпу. Спочатку виконуються спеціальні вправи на всіх суглобах по повній

амплітуді рухів. Темп виконання повільний, але ритмічний. Під час такого виконання дитина з гіперактивністю буде чинити опір і пробуватиме виконати ту чи іншу вправу самостійно у швидкому темпі, це буде тривати кілька перших вправ. Далі все буде строго за виконанням реабілітолога.

Лікувальну фізичну культуру ми проводили з вихідного положення лежачи на спині, лежачи на животі та сидячи.

Вправи, які ми проводили з положення лежачи на спині:

1. Згинання та розгинання гомілково-ступневого суглобу. При цьому нога має бути максимально прямою, але не має бути болісного відчуття від перерозгинання в колінному суглобі. Кількість повторень даної вправи – 10-15 разів.
2. Колові оберти стопи вправо/вліво. Реабілітолог однією рукою фіксує стопу дитини, а іншою – задню поверхню гомілки, припіднявши її на 3-5 сантиметрів від поверхні, з такого положення виконуються повільні колові рухи стопи з кількістю повторень 8-10 разів в одну сторону.
3. Згинання/розгинання в колінному суглобі. Реабілітолог фіксує однією рукою передню поверхню стопи, а іншою передню поверхню стегна над колінним суглобом. З такого положення виконує згинання та розгинання ноги так, щоб при згинанні стопа щільно ставала на поверхню, рівномірно розподіляючи опору між п'яткою та носком. Дану вправу слід повторити 15-20 разів на одну ногу.
4. Піднімання/опускання прямої ноги. Для виконання даної вправи реабілітолог має зафіксувати однією рукою п'ятку дитини, а іншою коліно. Під час піднімання та опускання ноги спина має бути щільно притиснута до поверхні, а руки дитини розміщені вздовж тулуба. Таку вправу необхідно повторити 15-20 разів на ногу.
5. Колові оберти кульшових суглобів. Для проведення такої вправи потрібно максимально зігнути ноги дитини в колінних суглобах і в такому положенні проробити дану вправу. При необхідності зафіксувати плечі дитини за допомогою сторонньої допомоги (мама дитини чи інший спеціаліст). Кількість повторень – 5-8 в одну сторону.
6. Колові оберти кожного пальця. Спеціаліст фіксує кисть дитини зручним для себе способом і виконує вправу для кожного пальчика окремо по 10 разів на кожний.
7. Згинання/розгинання променево-зап'ястного суглобу. Реабілітолог фіксує кулачок дитини так, щоб рука дитини була зігнута в ліктьовому суглобі, оперта на поверхні, утворюючи прямий кут. З такого положення слід виконати згинання/розгинання даного суглоба 10-15 разів на одну руку.
8. Колові оберти променево-зап'ястного суглоба. Положення руки, як у вправі 7, але виконуються колові оберти кисті вправо/вліво по 8-10 разів в одну сторону.
9. Згинання/розгинання ліктьового суглоба. Для виконання даної вправи потрібно відвести руку дитини в сторону так, щоб рука і тулуб утворювали прямий кут. Реабілітолог однією рукою фіксує кисть, а іншою – плече дитини. Кількість повторень такої вправи складає 15-20 разів.

10. Згинання/розгинання плечового суглоба. При цій вправі необхідно виконати піднімання прямої руки вверх/вниз по 15-20 рухів на одну руку.

Вправи, які ми проводили лежачи на животі:

1. Згинання/розгинання ноги у променево-зап'ястного та колінному суглобах. Реабілітолог фіксує однією рукою стопу дитини, а іншою – задню поверхню стегна. Виконує згинання у двох суглобах одночасно. Кількість повторень – 15-20 разів на ногу.

2. Відведення зігнутої ноги назад. Реабілітолог захоплює однією рукою ногу за стопу дитини, а іншою фіксує таз з того ж боку ноги. Виконує піднімання і опускання ноги над поверхнею. При цьому пропрацьовує рухи в колінному та кульшовому суглобах. Кількість повторень – 15-20 на одну ногу.

Вправи з вихідного положення сидячи:

Колові рухи у плечовому суглобі. Реабілітолог фіксує кисть дитини однією рукою, а іншою фіксує плечовий суглоб. Виконує колові рухи дитини вперед/назад, зберігаючи руку дитини максимально прямою.

Такий курс фізичної реабілітації для дітей з гіперактивністю ми повторили ще раз через три місяці.

Результати дослідження та їх обговорення.

Після проведення двох курсів реабілітації для дітей з гіперактивністю ми отримали позитивну динаміку, всі діти стали поведінково зрівноважені. Вона проявлялася як у спілкуванні з батьками, так і в спілкуванні з іншими спеціалістами: логопедами, дефектологами та психологами раннього розвитку.

Відбувалося покращення інтелектуальної сфери, усі діти в різному прояві стали більш уважнішими, у них покращилася пам'ять, усі форми навчання стали на більш свідомому рівні, менше стомлювалися, з'явився зоровий контакт, почали краще спілкуватися з однолітками. Діти почали обслуговувати себе в гігієнічних та побутових потребах. У більше як половини дітей зникла агресія. Значного покращення дрібна моторика. У 6-ти дітей пройшов нічний анурез. У 8-ми дітей пройшли проблеми з закрепамі. У 3 дітей зникла мимовільна слинотеча.

Спостерігалось покращення мови у дітей з порушенням мови, а в не мовних дітей почали появлятися нові звуки та навіть слова. Вирівнявся м'язовий тонус усіх м'язових груп.

Висновки. 1. Дана проблема є актуальною і потребує пошуку ефективних реабілітаційних засобів, спрямованих на попередження, подолання чи відновлення порушених функцій та корекцію вторинних недоліків у дітей з гіперактивністю різного віку.

2. Проведене дослідження засвідчило високу ефективність проведеної комплексної фізичної реабілітаційної програми для дітей з гіперактивністю різного вікового періоду в покращенні стану здоров'я та зростання всіх показників психофізичного розвитку, що досліджувалися, і може бути рекомендована для використання у практиці.

References:

1. Petruk IM. Hiperaktivnost iak defitsut yvahu v dutiachomy vitsi iak factor shkilnoi dezadaptatsii./ I M Petruk // . – Chernivtsi. 2007. – 543s.
2. Ginspen S. Na tu z aytuzmom: vukoructannia metoduku Floortime dlia rozvutky vidnosun, spilkyvannia I muslennia. – 4-e vyd./ Stenli Grispen, Serena Yider. – M: Terevinf, 2016. – 512s.
3. Sykhina IV. Hiperaktivna dutuna / Sykhina I. V. – Kharkiv: Vud-vo "Ranok", VH "Kenhyru", 2018. – 40s.
4. Sykovskuy YH. Hsperaktivnuy rozlad z defitsutom yvahu y ditey: poradnuk dlia batkiv/ Y Sykovskuy. – Lviv: Koleso, 2018. – 144 s.
5. <https://www.obozrevatel.com/mamaclub/news/08156-giperaktivni-diti-scho-potribno-znati-batkam.htm>
6. <http://medbib.in.ua/masaj.html>

УДК 615.82+616.988.23

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТНОГО ПЕРИОДА

И.К. Чурпий, М.В. Фицыч

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра физической реабилитации, эрготерапии и физического воспитания, Ивано-Франковск, Украина, ORCID ID: 0000-0003-1735-9418, ORCID ID: 0000-0002-6579-699X, e-mail: ch.igor.if@gmail.com, marianafitsych@ukr.net

Резюме. Гиперактивность – это состояние, при котором активность и возбудимость ребенка превышает норму, процессы возбуждения преобладают над процессами торможения.

Наиболее явным признаком гиперактивности являются поведенческие проблемы. Это проявляется в чрезмерных, неупорядоченных и хаотических физических движениях и резкой сменой поведения.

Поведенческие особенности детей с гиперактивностью сводятся в среднем в 70 % случаев к появлению беспокойства, на что 50 % приходится на неврологические привычки и 20 % – проблемы со сном.

В данной статье мы хотим выделить два наиболее выраженных признака гиперактивных детей, а именно: хаотические движения и дефицит внимания – и раскрыть теоретическую и практическую их взаимосвязь с физической реабилитацией.

Практическое исследование современного состояния проблемы подтвердило необходимость поиска эффективных реабилитационных средств, направленных на предупреждение, преодоление или восстановления нарушенных функций и систем организма и коррекции вторичных недостатков у детей с гиперактивностью разного возраста.

Проведенное реабилитационное исследование показало высокую эффективность проведенной комплексной физической реабилитационной программы для детей данной категории на фоне улучшения состояния здоровья и рост всех показателей психофизического развития, которые исследовались и могут быть рекомендованы для использования на практике.

Ключевые слова: гиперактивность ребенка, массаж, лечебная физическая культура, физическая реабилитация.

UDC 615.82+616.988.23

PHYSICAL REHABILITATION FOR HYPERACTIVITY IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

I.K. Churpiy, M.V. Fitsych

*Ivano-Frankivsk National Medical University,
Department of Physical Rehabilitation, Ergotherapy and
Physical Education,
Ivano-Frankivsk, Ukraine,
ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,
ORCID ID: 0000-0002-6579-699X,
e-mail: ch.igor.if@gmail.com, marianafitsych@ukr.net*

Abstract. Hyperactivity is a condition in which the activity and excitability of the child exceeds the norm, the processes of excitation prevail over the processes of inhibition.

The most obvious sign of hyperactivity is behavioral problems. It manifests itself in excessive, disorderly and chaotic physical movements and a quick change in behavior.

Behavioral characteristics of children with hyperactivity are reduced on average in 70% of cases before anxiety, of which 50% falls on neurological habits and 20% are sleep problems.

This article distinguishes between the two most striking signs of hyperactive children, namely chaotic movements and lack of attention, and discloses theoretical and practical relationship with physical rehabilitation.

The purpose of our research was to study the effects of physical rehabilitation, namely, massage and passive therapeutic physical culture on the behavioral and physiological state of hyperactivity in children.

Research methods. In the course of this study, 40 children with hyperactivity were examined and divided into two groups. The first group was psychological-pedagogical correction. In the second group psychological and pedagogical correction combined with the course of physical rehabilitation. The age ranged from 1.7 to 8 years.

These muscle tone surveys helped us to draw the following conclusions about the physical state of hyperactivity in children. The muscles of the trunk, abdomen and chest are hypertonic while the muscles of the upper limbs are in a clearly delimited dystonia. The distal parts of the arm (from the hand to the elbow joint) are in the hypotension, and the proximal ones are in the hypertonic region (from the elbow to the shoulder joint). The muscles of the lower extremities in the distal parts (from phalanges to the knee joint) are hypertonic, and proximal (from the knee joint to the hip) in the hypotension. As for the importance of muscular dystonia with hyperactivity, it does not imply hypotension or hypertonus, as with paresis, but an elementary muscle strength or weakening of it.

The main means of physical rehabilitation were a general tonic massage based on classical tricks and a special medical physical exercise that was carried out passively.

After conducting two rehab programs for children with hyperactivity, we received positive dynamics.

There was improvement of the intellectual sphere, all children became more attentive in different manifestations, they had better memory, all forms of education became more conscious, tiredness decreased, visual contact appeared, they began to communicate better with their parents, peers, and aggression disappeared. Significant improvement in fine motor skills was also observed: six children deprived of anorexia at night, eight children had no more problems with constipation and in three more, spontaneous salivation disappeared.

There was an improvement in the language of children with speech impairment, new sounds and even words began to appear. Muscle tone of all muscle groups has aligned.

Conclusions. 1. The revealed problem is urgent and requires the search for effective rehabilitation means aimed at preventing, overcoming or restoring impaired functions and correcting secondary disturbances in children with hyperactivity of all ages.

2. The conducted research has shown the high efficiency of the complex physical rehabilitation program for children with hyperactivity of different age groups in improving the health status and rise of all indicators of psychophysical development that have been investigated and can be recommended for use in practice.

Keywords: hyperactivity of a child, massage, physical therapy, physical rehabilitation.

Стаття надійшла в редакцію 17.02.2019 р.