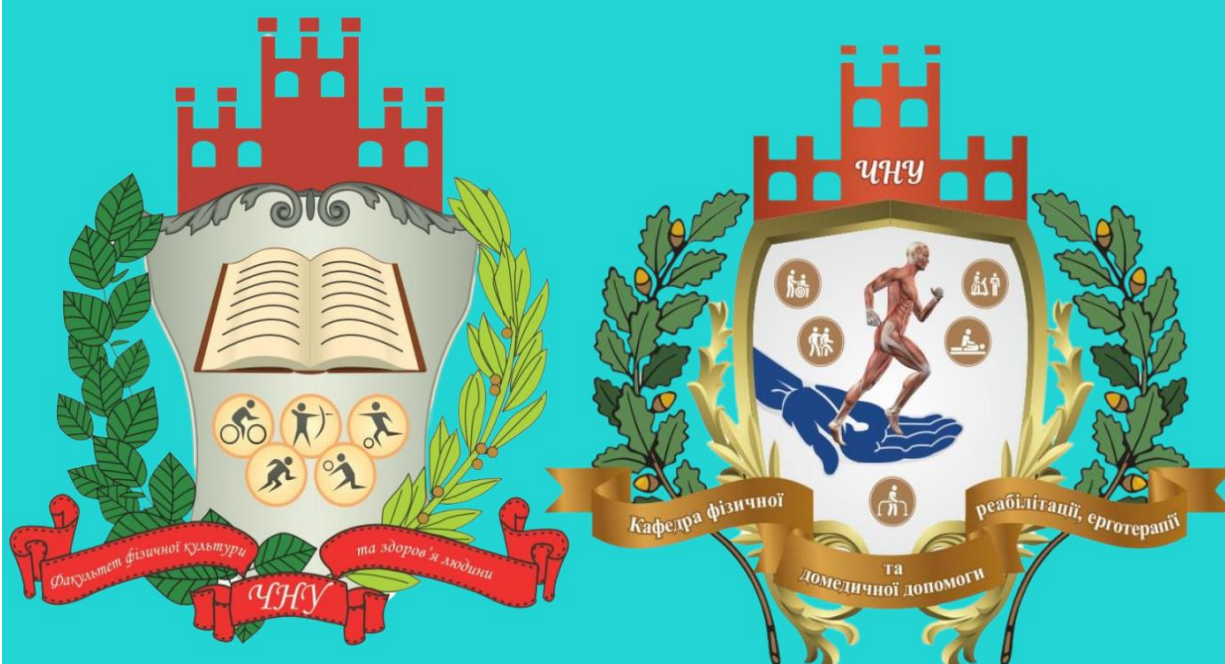


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЧЕРНІВЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЮРІЯ ФЕДЬКОВИЧА
ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ТА
ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

II Всеукраїнської
науково-практичної інтернет-конференції

**«МІСЦЕ І РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У
СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

16 ЛЮТОГО 2023 Р.

ЧЕРНІВЦІ

УДК 615.8:614.2](477)

М 657

НУКОВО-РЕДАКЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

САМІЛА Андрій Петрович – доктор технічних наук, професор, проректор з наукової роботи Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

ЗОРИЙ Ярослав Богданович – доктор педагогічних наук, професор, декан факультету фізичної культури та здоров'я людини Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, Заслужений працівник освіти України.

ДОЦЮК Лідія Георгіївна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

МОСЕЙЧУК Юрій Юрійович – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної культури та основ здоров'я Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, Заслужений працівник фізичної культури і спорту України.

НАКОНЕЧНИЙ Ігор Юрійович – кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, Заслужений працівник фізичної культури і спорту України.

БАЛАЦЬКА Лариса Василівна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, заступник декана з наукової роботи та міжнародних зв'язків.

ГАКМАН Анна Вікторівна - доктор наук з фізичного виховання та спорту, доцент, професор кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту, голова Ради молодих вчених Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича.

М 657 МІСЦЕ І РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Чернівці 16.02.2023 року) / за редакцією Я.Б. Зорія. – Чернівці:Чернівецький нац. ун-т, 2023. – 303 с.

У Збірнику представлені результати теоретичних і практичних досліджень із широкого спектру напрямів фізичної реабілітації та ерготерапії в реформуючий період галузі охорони здоров'я: інноваційні дослідження у відновних і здоров'язберігаючих технологіях, медико-біологічні аспекти відновлення здоров'я різних груп населення, актуальність ерготерапії в сучасній системі реабілітації, особливості підготовки та розвитку фахівців з фізичної терапії та фізичного виховання, основні проблеми тренування та відновлення спортсменів.

Збірник містить матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет конференції (м. Чернівці 16.02.2023 року).

УДК 615.8:614.2](477)

© Чернівецький національний університет

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ІННОВАЦІЙНІ ДОСЛІДЖЕННЯ У ВІДНОВНИХ І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЯХ

АНДРЕЄВА Олена, ГАКМАН Анна, ВОЛОСЮК Анна
ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК СПОСІБ
ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ВНІТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ
ОСІБ.....13

БАЙДЮК Микола, ГОЛОВАЧУК Сергій, КОЧУРКА Сергій
ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ ЯК ФАКТОР РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ НА
САМОРЕАЛІЗАЦІЮ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКІВ..... ..16

БОЙКО Анна, СМІКОВСЬКИЙ Лев СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА
ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ ОСІБ З АНКІЛОЗУЮЧИМ
СПОНДИЛОАРТРИТОМ.....19

ГАЛЕТА В. С., БУГАЄНКО Т. В. ЗАСТОСУВАННЯ
КІНЕЗІОТЕРАПІЇ НА БЛОЧНИХ ТРЕНАЖЕРАХ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ
ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА..... ..22

ГОРОШКО В.І., ДІАГНОСТИКА КОГНІТИВНИХ ЗМІН ЗА
ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ SMART-ЗАСОБІВ..... ..26

ГУЛІН Нікіта, ГУЛІНА Лариса ВИКОРИСТАННЯ І ОСОБЛИВОСТІ
ПРОГРАМ ПЛАТЕСУ ОЗДОРОВЧО РЕКРЕАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСІБ
ПОХИЛОГО ВІКУ.....29

ГУЛІНА Лариса, ГУЛІН Нікіта ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМ.....32

ГУРСЄВА Антоніна, ШАПОВАЛОВА Ірина, ОНИЩЕНКО Інна
АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ
ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖЕЮ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА.....35

ЄРЕМІЯ ЯНА, ВАСКАН Іван ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ОСВІТИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ.....	38
ЗЕНДИК Олена, ПІСЬМЕННИЙ Тимофій ОЗДОРОВЧИЙ ВПЛИВ ЗАНЯТЬ З АКВАФІТНЕСУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ.....	42
ЗЕНДИК Олена, ГНЕСЬ Наталія ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ПЛАВАННЯ У СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ.....	45
КЛЕЦЕНКО Людмила, ЛЕВКОВ Анатолій, ВИШАР Євгенія ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСОБИ ІЗ ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ ПЕРІОД: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	49
КУДРЯШОВА Анастасія, БУТОВ Руслан ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ІНСУЛЬТ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ ФАСИЛІТАЦІЇ (ПНФ).....	51
ЛАТОГУЗ Сергій, ЛИТВИНЕНКО Микола, ЛИТВИНЕНКО Ганна ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПЛЕЧЕЛОПАТКОВИМ ПЕРІАРТРИТОМ.....	54
ЛАТОГУЗ Сергій, ЛУЦЕНКО Євген КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ.....	57
ЛОГУШ Леся, ДОЦЮК Лідія, БРАЖАНЮК Андрій ОЦІНКА ФІЗИЧНИХ ФУНКЦІЙ ЯК СКЛАДОВА ЕТАПУ ВІДНОВЛЕННЯ ТРАВМОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	60
ЛОГУШ Леся, ТЕМЕРІВСЬКИЙ Віталій, ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ .	63
МОСЕЙЧУК Юрій, ЄРЕМІЯ Яна ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМУ МЕТОДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	65

ПАЛІЧУК Юрій СПЕЦИФІКА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ЗВО.....	69
РОМАНІВ Людмила, ПШАК Ольга ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	71
СОВТИСІК Дмитро, БОГУЦЬКИЙ Артем ЗАСТОСУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ.....	74
СТАРОКОЖКО Іванна, ЖАМАРДІЙ Валерій RENAVILITATION IN HUMANS LIFE AFTER ABDOMEN SURGERY.....	79
СТРАТІЙЧУК Наталія, КОЗІК Наталія ЗНЕБОЛЮЮЧИЙ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ЕФЕКТ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	81
ТЕМЕРІВСЬКА Тетяна, ТКАЧУК Максим ВИКОРИСТАННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ПІДТРИМАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РІВНОВАГИ.....	84
ТЕМЕРІВСЬКА Тетяна, УСТИНЯНСЬКИЙ Олександр ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ.....	87
ХРИПКО Інна, МЕДВІДЬ Анжела, МЕДВІДЬ Микита ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕННЯ РУХЛИВИХ ІГОР З ДІТЬМИ ПРИ ОЖИРІННІ.....	89
ШАПОВАЛОВА Ірина, ГУРСЄВА Антоніна, ЧЕРНЕНКО Олена ВІДНОВЛЮВАЛЬНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ОН-ЛАЙН НАВЧАННЯ.....	92
ШАПОВАЛОВА Ірина, ГУРСЄВА Антоніна, ЧЕРНЕНКО Олена ЗАСТОСУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	95

ЯКУБОВСЬКИЙ Данило ПОШИРЕНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ШИЙНОМУ ТА ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛАХ ХРЕБТА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: СТАН ПРОБЛЕМИ.....98

РОЗДІЛ 2. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

БАЛАЦЬКА Лариса ЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АСИМЕТРІЇ ПІД ЧАС РОЗВИТКУ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....102

БАННІКОВА Римма, КОРЧЕВСЬКА Анастасія СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ.....105

БАННІКОВА Римма, КАЛЕНСЬКА Ольга СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПЕРЕЛОМІВ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ.....108

БАННІКОВА Римма, ОРЧАКОВ Володимир, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ.....110

БАННІКОВА Римма, РУЩАК Людмила, РУЩАК Дарина СТАН ПИТАННЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ.....114

БАРАН Оксана, ТИМРУК-СКОРОПАД Катерина АКТУАЛЬНІСТЬ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАСЛІДКАМИ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ.....117

БЕКАС Ольга, БЕРЕЖЕННА Ліна, БОЙКО Аліна МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВПРАВ З ПРОГРЕСИВНИМ ОПОРОМ У ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ ДЦП.....120

БІСМАК Олена, ГАЙДАЙ Вікторія СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА.....	124
БОДНАР Юрій, КОЗИК Наталія ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНСУЛЬТАМИ.....	127
БОЙЧЕНКО Анастасія ВПЛИВ ПЕРЕКОНАНЬ ТА УСТАНОВОК ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ НА ПРОЦЕС ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БОЛЮ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА.....	130
ВАСИЛЕНКО Євген, КУКОВАЛЬСЬКА Діана ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНИМ СИНДРОМОМ.....	133
ГЕРЦИК Андрій, БОЯРЧУК Зінаїда ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НА ОСНОВІ МЕТОДУ МАККЕНЗІ ОСІБ З БОЛЕМ У ПОПЕРЕКОВІЙ ДІЛЯНЦІ ХРЕБТА.....	135
ГУРСЄВА Антоніна, ПЕТУНІНА Дар'я РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	138
ГУСАК Володимир, СЛОБОЖАНІНОВ Андрій ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБИ ШЛУНКА.....	140
ГУСАК Володимир ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНОНЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	143
ДОРОШЕНКО Едуард, ЛУКАШЕНКО Ланна, ГАНОШЕНКО Юрій СПОРТИВНІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	146
ДУЛО Олена СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ РІВНЯ АЕРОБНОЇ ТА АНАЕРОБНОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ ЕНЕРГОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗМУ МОЛОДІ, МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	149
ЖИГУЛЬОВА Евеліна, ЯКОВЛЄВ Олександр, КАСПРУК Соломонія РИЗИКИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В КОНТЕКСТІ СТРЕСОВИХ ВПЛИВІВ.....	152

ЗАКУС Остап ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА.....	156
ЗДАНЮК Вадим, АНАСТАСІЯ Рощук РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.....	159
КОЗІК Наталія, СТРАТІЙЧУК Наталія ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ПЛЕЧОВИХ ПЛЕКСИТАХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ.....	163
ФІГУРА Оксана, ДРОФИЧ Андріана, ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	165
ФІГУРА Оксана, КОЦЮБА Вікторія РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ.....	169
КУПРІНЕНКО Ольга, ТИМРУК-СКОРОПАД Катерина ПІДХОДИ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ МЕДІАЛЬНОГО ВЕЛИКОГОМІЛКОВОГО СТРЕС-СИНДРОМУ У КУРСАНТІВ ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	172
МАЗЕПА Марія, ОРФІН Андрій ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ НА СТАДІЇ СНІДУ.....	175
МАЛКОВ Орест, Мазепа Марія ІНДЕКСИ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СИСТЕМНІЙ СКЛЕРОДЕРМІЇ.....	178
МІЗИН Дмитро ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ PUSH-СИНДРОМІ В ОСІБ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ.....	182
НІКАНОРОВ Олексій, МИХАЙЛИЧЕНКО Валерія ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ТЕНДИНОПАТІЇ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ У БІГУНІВ.....	185
СЕРМАН Світлана, СТРАТІЙЧУК Наталія ІПОТЕРАПІЯ ЯК ТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ДЛЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	188

СОБОЛЬ Сергій ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ	192
ФЕДЕНКО Юрій ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ БОЛЕМ В ПОПЕРЕКУ.....	195
ФІГУРА Оксана, БЕЦКО Христина АКТУАЛЬНІСТЬ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПІКОВОГО УРАЖЕННЯ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК.....	197
ШЕСТОПАЛ Наталія РУХОВА АКТИВНІСТЬ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ З МОДЕЛЮВАННЯ СИТУАЦІЇ НА МОЖЛИВІСТЬ УТРИМУВАТИ ЗБРОЮ РІЗНОГО КАЛІБРУ.....	201
Shuper S. V., Shuper V. O. APPLICATION OF PHYSICAL TRAINING FOR RENABILITATION OF COMBATANTS AFTER RECEIVING TRAUMA.....	203

РОЗДІЛ 3. АКТУАЛЬНІСТЬ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ДІДО Юрій СІМТ-ТЕРАПІЯ (CONSTRAINT-INDUCED MOVEMENT THERAPY) ЯК МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ УСКЛАДНЕНОГО НЕГЛЕКТОМ.....	207
ЖАМАРДІЙ Валерій, КІШІНЕЦЬ Ангеліна ЗАСТОСУВАННЯ ЕРГОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ АУТИЗМОМ.....	210
ЖАМАРДІЙ Валерій, РОСТОВЦЕВА Наталія АКТУАЛЬНІСТЬ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	212
ЗАКАЛЯК Наталія, ГЕРАСИМЕНКО Олександр, КЛЮЧНИК Юлія ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ТА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ НЕВРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....	214

ЗАКАЛЯК Наталія, МАСНИЙ Олег, ІВАНЕЦЬ Софія РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ МЕНЕДЖМЕНТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАВМОЮ СПИННОГО МОЗКУ.....	217
ЗАКАЛЯК Наталія, ЧАЙКОВСЬКА Зоряна ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ЕРГОТЕРАПІЇ.....	220
СТУПНИЦЬКА Світлана СКЛАДОВІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	223
СТУПНИЦЬКА Світлана, ПРОЦИК Христина РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	226
ФІГУРА Оксана, ЛОЗИНСЬКА Олена МІСЦЕ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	229
ФІГУРА Оксана, ЛУЧИНСЬКИЙ Ігор ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ ЕРГОТЕРАПІЇ РЕОР ТА СМОР.....	232
ФІГУРА Оксана, МОРДА Романія ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ РЕОР У ЕРГОТЕРАПІЇ.....	235
ФІГУРА Оксана, СЕМЕНИШИН Юлія ОСНОВНІ ЗАСОБИ ЕРГОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ.....	239
ЦИБАНЮК Олександра, ЛЯСОТА Тетяна ФОРМУВАННЯ МОТОРНИХ ТА ІМІТАЦІЙНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З РАС.....	242
ЧАПЛІНСЬКИЙ Ростислав, БОЛДІНА Вікторія ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕРГОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ	244

РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ТА РОЗВИТКУ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

БАСЕНКО Людмила, ТИМРУК-СКОРОПАД Катерина ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЗМОМ.....	249
ДОЦЮК Лідія, БРАЖАНЮК Андрій, ЛОГУШ Леся ФОРМУВАННЯ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ ТА ЕРГОТЕРАПЕВТІВ.....	252
ЖАМАРДІЙ Валерій, СЕРГА Дарина ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ТА РОЗВИТКУ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ІЗ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	255
ЗАКІН Андрій, БОНДАРЕНКО Софія ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	256
КИСЕЛИЦЯ Оксана, ТАРАНЕНКО Анастасія ВПЛИВ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗРІЛОСТІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ У СТАРШОКЛАСНИКІВ.....	260
КОРОЛЬЧУК Анатолій, СТОПА Маріна МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАМИ КИСТІ.....	263
ЛІСТАУ Карина, ГАРАДЖІЙ Віра ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ДИТИНИ ВІКОМ ВІД ОДНОГО ДО ТРЬОХ РОКІВ.....	266
МУЗИКА Остап, ТИМРУК-СКОРОПАД Катерина, ПАВЛОВА Юлія ПЕРЕКЛАД ТА КРОС-КУЛЬТУРНЕ АДАПТУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ВЕРСІЇ WHODAS 2.0.....	269
ПАЛІЧУК Юрій ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКІВ ЗА ДОПОМОГОЮ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМ ВИХОВАННЯМ.....	272
ПОЛЯНСЬКА Оксана РОЛЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК...	274

РОМАНЮК Віталія, ФЕДОРОВИЧ Оксана ТАНЦТЕРАПІЯ ДЛЯ ПОЛПШЕННЯ КООРДИНАЦІЇ ТА ХОДИ У ОСІБ ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА.....276

РОТАР Яна, МЕЛЬНИЧУК Віталіна ПРОСТОРОВЕ ПЕРЕМІЩЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....281

ТЕМЕРІВСЬКА Тетяна, ГАРАСИМ Наталія КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ ХВОРИХ НА ПАРКІНСОНІЗМ.....282

РОЗДІЛ 5. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ТРЕНУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТСМЕНІВ

ВЯЛКОВ Євген, КОПИТІНА Яна ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МАНУАЛЬНИХ ТЕХНІК ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ У СПОРТСМЕНІВ-ФРИСТАЙЛІСТІВ.....286

ДОРОШЕНКО Едуард, МИРНИЙ Сергій, ЩУРОВ Микола ЗАСОБИ АЕРОБІКІ У ПІДГОТОВЦІ СПОРТСМЕНІВ СТУДЕНТСЬКОЇ ЗБІРНОЇ КОМАНДИ З ФУТЗАЛУ.....288

КОШУРА Андрій ЗАСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ФУТБОЛІСТІВ.....292

НАКОНЕЧНИЙ Ігор ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЗАСОБІВ ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТСМЕНІВ У ЄДИНОБОРСТВАХ.....294

СИМОНІК А.В., ПОТАПОВА Л.В., ВОРОНКОВ Є.О. ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІТНЕСУ У ПІДГОТОВЦІ ВОЛЕЙБОЛІСТОК 12-14 РОКІВ.....296

ЧЕРНЕНКО Олена, САВЧУК Анастасія ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ СТАНУ ГІМНАСТОК З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ.....301

РОЗДІЛ 1.
ІННОВАЦІЙНІ ДОСЛІДЖЕННЯ У
ВІДНОВНИХ І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЯХ

Олена АНДРЕЄВА

доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор,
завідувач кафедри здоров'я, фітнесу та рекреації
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Анна ГАКМАН

доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор
кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Анна ВОЛОСІЮК

аспірант кафедри здоров'я, фітнесу та рекреації
Національного університету фізичного виховання і спорту України

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК СПОСІБ
ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ВНІТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

В умовах воєнного стану актуальність фізичного та психічного здоров'я набуває особливого значення. Адже, гуртуючись разом, український народ демонструє свою стійкість перед всією світовою спільнотою. Однак, в цій ситуації є досить важливе розуміння та усвідомлення кожного українця відповідальності за особисте здоров'я перед суспільством та держави в цілому, задля Перемоги. Саме такі обставини, вимагають від людини стійкості до різноманітних стресових ситуацій, швидкої адаптації до мінливих умов існування, конкурентоспроможності, адже без цього неможливий розвиток особистості, задля перемоги та відбудови нашої держави.

Варто відзначити, що сьогодні, саме в умовах воєнного часу у суспільстві, відбувається примітивізація свідомості, зростає цинізм, жорстокість,

агресивність. За цими зовнішніми проявами ховаються внутрішні, глибинні почуття – хвилювання, страх, тривога, і, як наслідок, тривожність, як набута риса особистості [1].

Найбільш вразливою категорією громадян є внутрішньо переміщені особи (ВПО). Виникаючі стрес фактори, які постають перед внутрішньо переміщеними особами під час російсько-української війни, мають негативний вплив на психо-емоційний та фізичний стан [3]. Загальний рівень тривожності ВПО зростає не тільки від бойових дій, а й від стану соматичного здоров'я, змін умов проживання, комфорту розміщення, думки про рідних, які на відстані (в безпеці чи ні), матеріальні втрати та матеріальний стан, бар'єри спілкування, пристосування до нових умов життя і т.п.

Взаємозв'язок між тривожністю і індивідуальних відмінностей діяльності нервової системи обумовлюється тим, що і те, й інше ґрунтується на фізіологічній основі [2]. Так, наприклад, підвищена тривожність більшою мірою властива меланхолікам. Тривожність може носити соматичний та поведінковий характер [6]. Прояви соматичного характеру свідчать про зміни у діяльності внутрішніх органів і організму в цілому: нерівномірне дихання, надмірний ритм серцебиття, підвищений тиск, тремор кінцівок, скутість рухів, проблеми зі шлунком тощо. Поведінкові прояви високої тривожності більш непередбачувані та чисельні. Вони можуть варіюватися від повної апатії та безініціативності до демонстративної жорстокості [5].

Досліджуючи тривожність, вчені доводять, що вона негативно впливає на багато сфер життя людини: фізичний стан, соціальні стосунки, порушує соматичний стан, а згодом може призвести до соматичних захворювань [6].

Фізичні прояви тривожності неабияк ускладнюють життя, змушують сильно перейматися за своє здоров'я і заважають продуктивності. Водночас, тривожний розлад часто залишається непоміченою причиною фізичних проблем: із шлунково-кишковим трактом, хворобами легень, мігренями чи серцем [2].

Опираючись наряд наукових досліджень, ми вважаємо, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність (ОРРА) сприяє зниженню рівня тривожності у ВПО, дає змогу зменшити або запобігти низці функціональних проблем, пов'язаних із стрес подразниками які їх оточують [1]. ОРРА – невід'ємна частина поведінки людини за мотиваційними пріоритетами у дозвіллевий час. Вона повинна забезпечувати нормальне функціонування систем організму і збереження здоров'я. Врахування індивідуальних норм рухової активності є одним з суттєвих чинників формування аспектів життєздатності ВПО.

Загально відомим є факт, що ОРРА впливає на настрій. Дослідники виявили, що люди почували себе більше змістовними, бадьорими й спокійними після занять ОРРА в порівнянні з періодами бездіяльності. Ефект впливу ОРРА на настрій був максимальним, навіть коли настрій було попередньо зниженим. Найпоширеніші фізичні ознаки стресу включають проблеми зі сном, підвищене потовиділення й втрату апетиту. Рівень тривожності може бути спричиненим симптомами, які викликані виділенням гормонів стресу в організм – інакше відомими як реакція «агресія або втеча». Саме ці гормони, адреналін і норадреналін, які підвищують наш кров'яний тиск, збільшують серцевий ритм і потовиділення й готують наш організм для екстреного реагування [2].

Таким чином, ОРРА буде дуже ефективними в зниженні тривожності. Дослідження, проведені за участю дорослих, показали, що у високоактивних людей, як правило, більш низькі показники тривожності в порівнянні з особами, які менш активні.

Список літератури

1. Гакман, Анна, Анна Волосюк. Особливості фізичного та психологічного станів внутрішньо переміщених осіб. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : зб. матеріалів XIII Міжнародної науково-практичної конференції (7–8 жовтня 2022 року, м. Львів). – Львів : ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2022. – 288 с. ISBN 978-617-8135-02-7

2. Маслюк А. М. Вплив емоційних станів на розвиток особистості / А. М. Маслюк [Електронний ресурс]. Психологічний часопис: збірник наукових

праць / за ред. С.Д. Максименка. № 2 (6). Вип. 6. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2017. с. 57–69. Режим доступу до ресурсу: <http://ua.appsyjournal.com/issue/2-6/>

3. Песоцька Ю. Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб. *Social work and education*, 2022. 9(1).

4. Федашко, Т., Семенов, Н. Забезпечення соціальним житлом внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного часу. 2022. 180 с.

5. He Y., Zheng Y., Xu C. et al. Sertraline hydrochloride treatment for patients with stable chronic obstructive pulmonary disease complicated with depression. *Clin. Respir. J.* 2016. Vol. 10. P. 318-325. doi:10.1111/crj.12219.

6. Torres-Sanchez I., Cabrera-Martos I., Diaz-Pelegrina A. et al. Physical and Functional Impairment During and After Hospitalization in Subjects With Severe COPD Exacerbation. *Respir. Care.*—201

Микола БАЙДЮК

асистент кафедри фізичної культури та здоров'я людини
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Сергій ГОЛОВАЧУК

викладач фізичної культури Чернівецького вищого комерційного
училища Державного торговельно-економічного університету

Сергій КОЧУРКА

керівник фізичного виховання Чернівецького вищого комерційного
училища Державного торговельно-економічного університету

ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ ЯК ФАКТОР РЕКРЕАЦІЙНОЇ АКТИВНОСТІ НА САМОРЕАЛІЗАЦІЮ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКІВ

Особливості проявів підліткового віку визначаються конкретними соціальними обставинами і насамперед, зміною місця у суспільстві, коли підліток суб'єктивно входить у нові відносини зі світом дорослих, що становить

новий зміст його свідомості, формуючи таке психологічне новоутворення цього віку, як самосвідомість.

Характерною рисою самосвідомості є прояв у підлітка здібності та потреби пізнати самого себе як особистість, з її специфічними якостями. Це породжує у підлітка прагнення самоствердження, самовираження і саморозвитку. Цьому сприяють і нові обставини, які відрізняють спосіб життя підлітка від життя дітей молодшого шкільного віку. Насамперед це підвищені вимоги до підлітка з боку дорослих, товаришів, громадська думка яких визначається не стільки успіхами школяра в навчанні, скільки багатьма іншими рисами його особистості, поглядами, здібностями, характером, вмінням дотримуватись "кодексу моральності", прийнятий серед підлітків, все це породжує мотиви, що спонукають підлітка звернутися до аналізу себе і порівняння себе з іншими. Так, у нього поступово формуються ціннісні орієнтації, складаються відносно стійкі образи поведінки, які, на відміну від зразків дітей молодшого шкільного віку, представлені вже не стільки у вигляді конкретної людини, скільки у певних вимогах, які підлітки пред'являють до людей і до самого себе [2].

У суспільстві створюється вакуум у сфері соціалізації підростаючого покоління. Все більшою і більшою мірою джерелом соціальної інформації перетворюється вулиця, визначаючи свої норми поведінки, формуючи своєрідний "кодекс моральності", диктуючи свої умови суспільного становлення і виживання. Зрештою вулиця все більше і більше перетворюється на один із найдієвіших засобів соціалізації підростаючого покоління. І, як наслідок – нестримне зростання дитячої злочинності та пристрасне бажання дітей розбагатіти, не прикладаючи при цьому ні фізичних, ні інтелектуальних зусиль.

Важливим і ефективним фактором соціалізації дітей, підлітків та юнацтва є заклад дозвілля, який за своєю природою є установою поліфункціональною та мобільною, здатною об'єднувати та активно використовувати всі соціальні інститути, що надають соціалізуючий вплив на особистість. Саме при

активності даних організацій визначається різноманіття форм та засобів впливу дозвіллевої установи на дітей, підлітків та юнацтва [3].

Дозвіллева діяльність базується на принципі інтересу. Якщо відвідувачеві буде нецікаво у закладі дозвілля, то він не піде до нього. Це зобов'язує їх враховувати конкретні інтереси та запити своїх відвідувачів, формувати їх, спрямовувати у потрібне русло та будувати свою роботу з їхнім обліком. Спрямований інтерес створює сприятливу психологічну установку у відвідувачів та робить процес соціалізації ефективнішим. На такій основі базується дозвіллева діяльність.

Паралельно із загальною системою може існувати спеціальна або додаткова система, що забезпечує соціалізацію підростаючого покоління у сфері дозвілля. Тобто можуть існувати два типи моделей соціалізації дітей, підлітків та юнацтва у сфері дозвілля – загальна та спеціальна, кожна зі своїм наповненням [1].

Список літератури

1. Круцевич Т.Ю., Безверхня Г.В. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник : Олімп. л-ра, Київ, 2010. – 370 с.
2. Лебединський Е. Б. Психологічні особливості розвитку творчого потенціалу особистості школяра в умовах рекреації : дис. ... канд. психол. Наук : 19.00.07. Одеса, 2016. 214 с.
3. Андреева О. В. Фізична рекреація різних груп населення : [монографія] : ТОВ «НВП Поліграфсервіс», Київ, 2014. 280 с.

Анна БОЙКО

к. фіз. вих.,

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Лев СМІКОВСЬКИЙ

студент 4 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ ОСІБ З АНКІЛОЗУЮЧИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

Анкілозуючий спондилоартрит (АС) характеризується хронічним прогресуючим перебігом патологічного процесу з переважним ураженням клубово-крижових суглобів та хребта з можливим поширенням патологічного процесу на суглоби кінцівок, що призводить у подальшому до розвитку контрактур та анкілозів. Фізична терапія (ФТ) при даному захворюванні є невід'ємною складовою відновного процесу і входить до міжнародних стандартів ведення даної категорії клієнтів/пацієнтів [2, с. 2].

Аналізуючи підходи до фізіотерапевтичного втручання при АС в нашій країні та оцінюючи зарубіжний досвід необхідно відзначити, що в таких країнах, як США, Канаді, Австралії акцент у ФТ роблять саме на виконанні фізичних вправ і в меншій мірі на використанні апаратної фізіотерапії, мануальної терапії. Дискусія в основному ведеться щодо форми застосування терапевтичних вправ (домашній, груповий чи індивідуальний варіанти). Так, наприклад, Dagfinrud H., Kvien T. K., Hagen K. B. в 2018 році [1] провели широке дослідження щодо підходів ФТ при АС. Висновки авторів свідчать про те, що: індивідуальна програма вправ удома або під наглядом краще, ніж відсутність втручання; групова фізіотерапія під наглядом краще, ніж домашні вправи; комбіноване санаторно-курортне відновлення з наступною груповою фізіотерапією переважає над груповою фізіотерапією.

Застосування фізичних вправ повинне базуватися на суворих показах, на вмілому дозуванні у зв'язку зі станом пацієнта, з врахуванням форми і стадії

захворювання, характеру його протікання та наявних вісцеральних ушкоджень. Тривале і систематичне використання терапевтичних вправ в ранній стадії захворювання сприяє затуханню запальних змін та може запобігти обмеженню рухливості хребта, зберегти нормальну поставу і попередити атрофію м'язів спини, тазу, грудної області, що найбільш вражаються при цьому захворюванні.

Деякі дослідники [3] вважають досить ефективними при лікуванні АС вправи в басейні, вертикальні ванни без додаткового навантаження, плавання, а також елементи спортивних ігор, хода на лижах.

Інші пропонують в комплекс фізичних вправ включати загальнорозвиваючі вправи для кінцівок і спеціальні рухи для збільшення мобільності як всього хребта, так і окремих його відділів (нахили, повороти, згинання, ротації у всіх відділах хребта в поєднанні з рухами рук і ніг) у вихідному положенні стоячи і лежачи, в колінно-ліктьовому положенні і сидячи. Також застосовуються різноманітні дихальні вправи, спрямовані на збільшення екскурсії грудної клітки і зміцнення основних і допоміжних дихальних м'язів. Усі динамічні вправи повторюються багаторазово, темп виконання – повільний і середній. Між вправами роблять паузи для відпочинку, виконують дихальні вправи, вправи на розслаблення. У вихідному положенні стоячи вправи виконуються біля гімнастичної стінки. Тривалість занять 15-35 хв. по декілька разів на день. Для зміцнення м'язів тулуба пропонується застосовувати статичні вправи в положенні лежачи на спині і черевній порожнині [2, с. 5; 3].

На даний час у фізіотерапевтичній практиці використовують різні види апаратів-тренажерів. Під час активних занять пацієнт повинен прикладати власні сили для подолання регулюючого опору, використовуючи для цього силу м'язів [2, с. 7]. Пасивні рухи виконуються без залучення пацієнтом власної фізичної сили, тренажери генерують рух. При безперервному використанні і збільшенні пасивного діапазону руху покращується амплітуда роботи м'язів та гідродинаміка суглобів. Також доведено, що при використанні апаратів значно поліпшується стан пацієнта, скорочується період відновлення і зменшується

вартість всього процесу ФТ. Клінічно вивчені і доведені покази до застосування апаратів для пасивного тренування: для відновлення рухливості кінцівки; для запобігання або мінімізації тугорухливості суглобів; для зниження набряку і болю; при ФТ і максимізації відновлення оптимального діапазону руху; запобігання негативним наслідкам при іммобілізації.

Освіта пацієнта є важливою складовою ФТ. Вона розуміє під собою конкретну обґрунтовану фактичну інформацію про стан пацієнта, очікуваний фізіотерапевтичний результат, курс та складові відновлення, а також ефективні способи самоуправління станом. Кінезіотейпування привертає все більшу увагу в останні роки але систематичний огляд показав, що недостатньо доказів, щоб вважати його ефективною методикою фізичної терапії при АС.

Отже, підбір інструментів втручання, активна участь пацієнта у процесі відновлення є важливою складовою фізіотерапевтичної стратегії взаємодії. Головними компонентами втручання визначили терапевтичні вправи, апаратну фізіотерапію, освіту; мануальна терапія пропонується як додаткова опція, у разі неефективності лише терапевтичних вправ та навчання пацієнта способів самоуправління станом; кінезіотейпування не пропонується до рутинного використання у зв'язку з недостатньою доказовою базою.

Список літератури

1. Dagfinrud H., Kvien T. K., Hagen K. B. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jan 23; 2018(1). URL: CD002822. doi: 10.1002/14651858.CD002822.pub3.
2. Gravalli P., Bonetti F., Lazerini S., de Majo F. Effectiveness of physiotherapy in patients with ankylosing spondylitis:systematic review and meta-analysis. *Health care.* 2022. №10 (1). С. 1-16.
3. Regnaud J. P., Davergne T., Palazzo C., Roren A., Rannou F., Boutron I, Lefevre-Colau M. M. Exercise programmes for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019. № 10. URL: <https://www.researchgate.net/publication/336223835>.

ГАЛЕТА В. С.,

магістр 1-го року навчання спеціальності 227 «Фізична терапія,
ерготерапія»

Навчально-наукового інституту фізичної культури

БУГАСНКО Т. В.

к.пед.н.,

доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Навчально-наукового інституту фізичної культури

Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ НА БЛОЧНИХ ТРЕНАЖЕРАХ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Проблема захворюваності на остеохондроз хребта серед різних верств населення через масове поширення його у всьому світі залишається актуальною. Офіційна статистика Всесвітньої організації охорони здоров'я стверджує, що дегенеративно-дистрофічні патології хребта є найпоширенішими в структурі захворюваності опорно-рухового апарату. Окрім цього, протягом останніх років спостерігається інтенсивне підвищення показника захворюваності хребетного стовпа. В Україні прояви остеохондрозу хребта діагностують у 65–80% населення, перше місце серед яких займає поперековий остеохондроз.

Основними причинами, що провокують розвиток патологій хребта вважаються відсутність помірного фізичного навантаження, малорухливий спосіб життя або навпаки важка фізична праця, сидяча робота та нераціональне харчування. Як результат – слабкі м'язи, які не здатні повноцінно виконувати свої функції і перенесення навантаження на кістково-зв'язковий апарат.

Переважає більшість населення звертається до медикаментозного симптоматичного лікування проявів поперекового остеохондрозу, що не усуває причин виникнення захворювання.

Сучасна система застосування фізичних вправ з метою корекції і лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта потребує оновлення. Саме тому є необхідність вивчення та впровадження нових більш цікавих та ефективних методик відновлення здоров'я хребта.

Однією з таких систем є кінезіотерапія на блочних тренажерах. Назва походить від слова «Kinezio» (рух) + терапія – «лікування», або лікування за допомогою рухів.

Кінезіотерапія – це метод активної функціональної терапії. Регулярне дозоване фізичне навантаження фізичними вправами стимулює, тренує і стимулює як окремі системи, так і весь організм людини до поступово зростаючого фізичного навантаження. В результаті це веде до підвищення рівня функціональної адаптації людини [1, с. 13].

Від фізичного терапевта застосування блочних тренажерів в системі відновлення здоров'я хребта потребує знань з анатомії, фізіології та біомеханіки, принципів роботи тренажера та безпосереднього впливу спеціальних вправ на організм в цілому та окремі м'язові групи.

Працюючи з пацієнтом фізичний терапевт повинен дотримуватися наступних методичних принципів кінезіотерапії:

1. Індивідуальності.
2. Поступовості (навантаження збільшується поступово).
3. Послідовності (послідовність форм і методів кінезіотерапії, «від простого до складного»).
4. Регулярність занять.
5. Цілеспрямованість (результативність процесу відновлення залежить від того, наскільки цілеспрямований та вмотивований клієнт).
6. Урахування цілісності організму (необхідно розраховувати, що фізичні вправи впливають не тільки на патологію, а й на весь організм в цілому).
7. Емоційність (покращити психоемоційний стан клієнта).

8. Комплексність застосування (у поєднанні з іншими методами)
[1, с. 29-30].

Ця система має декілька основних характеристик:

1. Тренування – завжди потребує свідомого включення самої людини в процес реабілітації. Це дає можливість отримати більш якісні та стійкі результати, донести особі, що вона сама здатна регулювати стан власного здоров'я і відчувати свій організм.

2. Терапевтичні вправи, що виконуються на спеціальних тренажерах мають ефект «декомпресії», тобто хребетний стовп розвантажується за рахунок дозованого витягування через систему важелів, що суттєво покращує самопочуття людини вже з перших занять.

3. Регуляція навантаження відбувається за рахунок кількості повторень та встановлених на тренажері кілограмів. Фахівець, в залежності від стану, самопочуття, настрою, сили м'язів клієнта встановлює для різних вправ різну вагу.

4. Правильний підбір вправ дозволяє усунути перекос таза за рахунок урівноваження тону м'язів зліва та справа, передньої та задньої поверхні тіла, відновити патерни рухів, зміцнити слабкі м'язи та розслабити напружені за рахунок їх розтягування.

5. Осьове навантаження на хребет майже відсутнє, а це дозволяє навантажувати м'язи більше ніж під час звичайних занять.

6. Структура заняття будується таким чином аби максимально ефективно задіяти всі системи організму, включаючи вправи на скорочення та розтягування м'язів [4].

Чіткі та дозовані рухи на тренажері, застосовуються з метою відновлення рухливості в суглобах нижніх кінцівок (що важливо при поперековому остеохондрозі), зміцнення сили м'язів попереку, діють як загально так і локально на м'язи та фасції всього організму, нормалізують трофічні процеси у тканинах, збільшують еластичність зв'язко-м'язового апарату (рис. 1.) [5, с. 25-26].

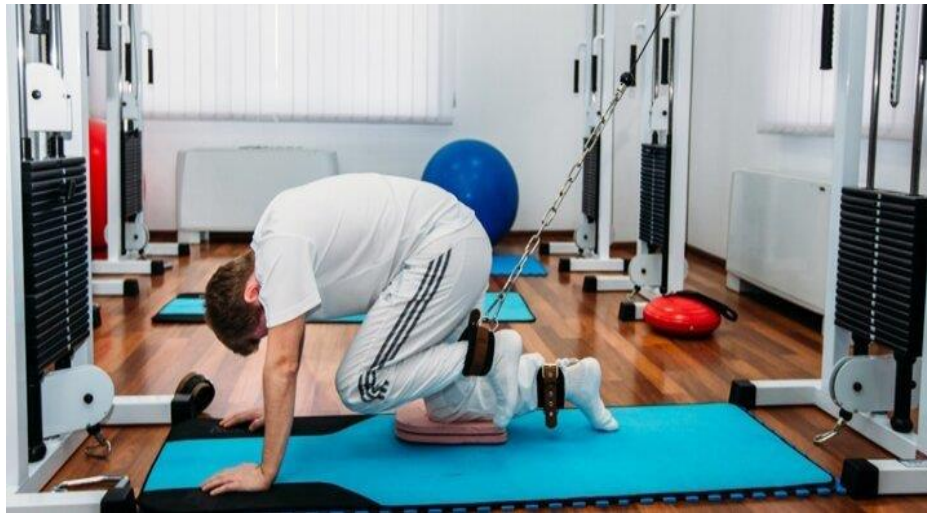


Рис. 1. Виконання вправ на блочному тренажері

Тож проаналізувавши літературні джерела з'ясовано вплив та особливості застосування системи кінезіотерапії за допомогою тренажерів блочного типу на відновлення функціонального стану поперекового відділу хребта. Так як методика заснована на активній м'язовій роботі вона потребує більш ширшого застосування у сфері фізичної терапії та реабілітації.

Список літератури

1. Лікувальна фізична культура: підручник / В.С. Соколовський, Н.О. Романова, О.Г. Юшковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2011. – 234 с.
2. Клименко, О. В., Головченко Ю. І., Каліщук-Слободін Т. М. Структура дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта : клініка, діагностика та лікування. *Consilium Medicum. Ukraina* 2008. 2(11): 23-25.
3. Фізична реабілітація при захворюваннях і травмах опорно-рухової системи: посібник для студ. навч. закладів, які вивчають фізичну реабілітацію та ЛФК /В. А. Левченко, І. П. Вакалюк, Р. І. Файчак та ін.; за ред. В. А. Левченка. - Івано-Франківськ: НАІР, 2015. – 352 с.
4. Шаповалова В. А. Спортивна медицина і фізична реабілітація : навч. посібник / В. М. Коршак, В. М. Халтагарова, І. В. Шимеліс, Л. І. Гончаренко]. Київ : Медицина, 2008. – 246 с.
5. Мухін В. М. Фізична реабілітація. Київ : Олімпійська література, 2009. 488 с.

ГОРОШКО В.І.,

к.мед.н., доцент,

Завідувачка кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

Національний університет

«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,

Полтава, Україна

ДІАГНОСТИКА КОГНІТИВНИХ ЗМІН ЗА ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ SMART-ЗАСОБІВ

Деменція стає все більш важливою медичною та соціальною проблемою в багатьох країнах світу, демографічні зміни спрямовані на збільшення тривалості життя та збільшення загальної та відносної кількості людей похилого віку[1]. Згідно зі світовою статистикою, основною причиною деменції є AD (хвороба Альцгеймера) з частотою 56,6%, за нею йде CoD (судинна деменція) з частотою 14,6% (ADI Міжнародна асоціація Альцгеймера, 2015). Загалом очікується, що кількість людей із деменцією в усьому світі подвоюватиметься кожні 20 років і досягне приблизно 42,3 мільйона до 2020 року. Навіть у країнах із добре розвиненою системою соціального догляду близько 60% хворих на хворобу Альцгеймера продовжують жити вдома, а на одного пацієнта в середньому припадає троє «залучених» родичів, вони роблять матеріальний і нематеріальний внесок в організацію соціального догляду. У 2015 році 15,9 мільйона родичів і друзів провели 18,1 мільярда годин у неоплачуваному догляді за людьми із деменцією у Сполучених Штатах, що оцінюється в 221,3 мільярда доларів. У Сполучених Штатах такі родичі втрачають у середньому близько 15 000 доларів на рік через скорочення робочого дня та вимушені звільнення через необхідність догляду за хворими. На рівні системи так званих постачальників медико-соціальної допомоги економічні показники є загальними для всіх країн світу факторами, які визначають кількість і якість послуг, що надаються людям, які страждають на

деменцію. Загальна вартість надання допомоги цій категорії пацієнтів коливається від 0,24% ВВП у країнах з низьким рівнем доходу до 1,24% ВВП у країнах з високим рівнем доходу[2]. Зважаючи на те, що 58% людей із деменцією живуть у країнах із низьким і середнім рівнем доходу, і ця кількість зростає, можна сказати, що значна частка людей, які страждають на деменцію, наразі не мають доступу до необхідного лікування та догляду. Діяльність з догляду становить 90% загальних витрат в економічно стабільних країнах Європи. Ця, здавалося б, надзвичайно благополучна ситуація зі стабільною економікою має вирішальне значення для організації регулярної діагностики, доставки ліків і догляду за пацієнтами з важкими когнітивними порушеннями, проте тільки 1 з 4 людей із хворобою Альцгеймера отримує специфічне ноотропне лікування і лише 1 із 5 отримує немедикаментозне лікування деменції. У Німеччині менше 26% пацієнтів з хворобою Альцгеймера отримують допомогу, і 13% мешканців будинків для престарілих мають деменцію. Таким чином, використовуючи параметри оцінки зорового аналізатора та визначаючи типові зміни у таких пацієнтів, можна розробити неінвазивний, швидкий і економічно ефективний біомаркер переддеменції та ранньої стадії хвороби Альцгеймера[3].

Мета: створення програмно-апаратного комплексу як інструменту для діагностики легкого когнітивного порушення, раннього виявлення хвороби Альцгеймера та прогнозування прогресування захворювання, контролю лікування.

Методологія та методи запланованого дослідження. Для досягнення поставленої мети та вирішення визначених завдань використовувалися такі методи дослідження, а саме: соціологічні – вивчення медико-соціальних аспектів поширеності патологічних змін вегетативної нервової системи серед молоді; аналіз – визначення наукових орієнтирів використання засобів радіоелектроніки та мікроелектроніки при вимірюванні КЧЗМ; метод аналізу термінології, що дозволив забезпечити розкриття сутності досліджуваного явища, можливість визначити створення та використання пристрою як

оптимального синтезу теоретичних і практичних знань; метод наукової дедукції на основі; методи багатофакторного статистичного аналізу та прогнозування – для обробки даних. Під час роботи використовувалися елементи теорії ймовірності; методологія проектування програмного забезпечення, а також методи прикладного системного аналізу. Дослідження включає комплексне неврологічне, нейропсихологічне та офтальмологічне обстеження пацієнтів з AD, CoD, глаукомою. Це дослідження розроблено відповідно до принципів доказової медицини (відбір пацієнтів і статистична обробка). Дизайн дослідження: пацієнти з діагнозом AD, CoD та глаукомою будуть обстежені, планується оцінка неврологічного та когнітивного статусу кожного пацієнта, а також буде проведено комплексне офтальмологічне обстеження за допомогою розробленого апаратно-програмного комплексу[4]. Етапи розробки та створення універсального програмно-апаратного комплексу: розробка (модифікація) апаратної складової універсального програмно-апаратного комплексу; створення Rest API для віддаленої взаємодії учасників вимірювального процесу; модифікація наявного мобільного додатку згідно з технічним завданням; лабораторні випробування програмно-апаратного комплексу; проведення польових випробувань та вимірів показників, створення базових таблиць з показниками норма/патологія, внесення отриманих даних до програмного забезпечення приладу; проведення серії замірів на добровольцях у різних країнах, уточнення даних, отриманих під час польових випробувань та внесення правок у програмне забезпечення; формування методичного посібника для використання приладу.

Висновки. Використання мікроконтролерної технології з бездротовим інтерфейсом значно спрощує компонентну базу розроблених композитних електронних компонентів та розширює можливості засобів діагностики. Привабливість мобільних інтелектуальних інструментів сприяє впровадженню методів дистанційного керування та телереабілітації.

Практичне значення дослідження. Розроблений у ході дослідження біомаркер переддементних та ранніх стадій хвороби Альцгеймера зможе

доповнити існуючі методи діагностики, що дозволить своєчасно звернути увагу на нейродегенеративний процес.

Список літератури

1. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*. 2011 May; 7(3): 270-279. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.008.
2. Abiyev, A., Yakaryılmaz, F. D., & Öztürk, Z. A. (2022). A new diagnostic approach in Alzheimer's disease: The critical flicker fusion threshold. *Dementia & Neuropsychologia*, 16, 89-96.
3. Carelli, V., Morgia, C. L., & Klopstock, T. (2019). Mitochondrial Optic Neuropathies. In *Diagnosis and Management of Mitochondrial Disorders* (pp. 125-139). Springer, Cham.
4. Qui, S., Miller, M. I., Joshi, P. S., Lee, J. C., Xue, C., Ni, Y., ... & Kolachalama, V. B. (2022). Multimodal deep learning for Alzheimer's disease dementia assessment. *Nature communications*, 13(1), 1-17.

Нікіта ГУЛІН

Студент 1 курсу спеціальності "Фізична культура і спорт "

Лариса ГУЛІНА

Асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії

та домедичної допомоги

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

**ВИКОРИСТАННЯ І ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМ ПЛАТЕСУ
ОЗДОРОВЧО РЕКРЕАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

З віком організм людини потребує все більше зусиль для виконання повсякденних дій. Ущільнюються сухожилля та м'язи, через що зростає ризик травм. М'язи втрачають свою еластичність і пружність. Нервові закінчення вже не працюють так, як раніше, погіршується нервово-м'язова регуляція і від цього страждає відчуття рівноваги, координація, уміння керувати своїм тілом [2, с.15]. Також, чим старше стає організм, тим більше проблем та порушень накопичується в ньому, що значно перешкоджає можливості відновлення тіла. Незважаючи на негативні тенденції, покращити свій фізичний стан можливо. Необхідно займатися фізичною активністю, розтягуватися кожного дня, змушувати свої м'язи працювати. Одним з кращих методів оздоровлення, особливо у похилому віці є пілатес. Особливості використання програм пілатесу оздоровчо рекреаційної діяльності осіб похилого віку як і будь-яке інше фізичне навантаження, пілатес розвиває гнучкість суглобів, еластичність зв'язок, м'язеву силу, міжм'язеву й внутрішньом'язову координацію, силову витривалість і психічні якості, але головна відмінність пілатеса від всіх інших видів - зведена практично до нуля можливість травм і негативних реакцій.

Пілатес (нім. Pilates) — комплекс фізичних вправ, винайдених на початку ХХ століття німецьким й американським тренером Йозефом (Джозефом) Пілатесом, метою яких є розвиток гнучкості всіх м'язів тіла. Система являє собою поєднання йоги, балету та ізометричних вправ. Загалом пілатес сприяє зміцненню м'язів, фіксує нормальне положення тіла (постави, внутрішніх органів), укріплює м'язи спини, преса і таза, покращує гнучкість тіла, знижує рівень стресу і поліпшує загальний стан здоров'я спортсменів. Особливо популярним пілатес є у Німеччині, Великій Британії та США [1, с.53].

Всі вправи виконуються зі спеціальними тренажерами. Це може бути ізотонічне кільце, фітбол, гумові амортизатори або тренажер Pilates Allegro. Постійно концентруючи свою увагу на подиху, положенні хребта й малого таза, людина вчиться почувати своє тіло. Таким чином, налагоджується зв'язок між тілом і розумом на енергетичному рівні. Пілатес укріплює м'язи-стабілізатори, що виконують роль своєрідного корсета, фіксує нормальне положення тіла

(постави, внутрішніх органів). Розвиває координацію, покращує гнучкість, вчить рухатися красиво і граціозно. Заняття пілатесом корисні людям будь-якого віку і статі, всім, хто бажає бути у відмінній формі. Вправи пілатесу включають в роботу велику кількість м'язів одночасно, вимагаючи правильної техніки виконання, а кількість повторень при цьому може бути мінімальною. Рухи в пілатесі м'яко розтягують м'язи, роблячи їх довшими і стрункішими. Пілатес розвиває гнучкість та силу певних груп м'язів. Пілатес корисний для хворих, що перенесли травму хребта, укріплюючи основні групи м'язів тулуба та м'язи стабілізатори. Не існує обмежень за віком і немає протипоказань при правильному підборі комплексу. Кожен рух пов'язаний із усвідомленням його, тобто кожне скорочення м'яза контролюється діяльністю мозку [2, с.32].

Фізична активність у похилому віці має свої особливості. Акцент у вправах треба робити на відновленні м'язових тканин. Для цього підійдуть [3] :

- силові тренування необхідні для розвитку рівноваги, що у майбутньому вбереже від випадкових травм;
- вправи на гнучкість;
- вправи, що стимулюють насичення крові киснем.

Аналізуючи літературні джерела можна виділити наступні переваги цієї гімнастики для людей похилого віку:

- рухи робляться у повільному темпі;
- відсутні зайві різкі силові навантаження на суглоби;
- тренуються всі м'язи, включаючи ті, які розташовані біля хребта, що сприяє зменшенню болю в цій області;
- зберігається еластичність м'язів;
- відновлюється рухливість опорно-рухового апарату.

Такі заняття рекомендовані:

- для покращення щільності кісткової тканини (за рекомендацією лікарів);
- для покращення розумової діяльності;
- для людей з хворобою Паркінсона;

- при лікуванні розсіяного склерозу, артриту, артрозу;
- для полегшення симптомів менопаузи та остеопорозу.

В результаті досліджень ефективності методів пілатесу для людей похилого віку можна відзначити його високу ефективність, поширеність та можливість адаптування цього методу до кожного клієнта, а також безболісність та легкість у застосуванні що дозволить використовувати пілатес як у спеціально відведених місцях так і у себе вдома [2, с.10] .

Список літератури

1. Гордон Томсон, Линн Робінсон : " Управління тілом по методу Пілатеса ", Київ, 2011. 191 с.
2. Домашенко А.В. Організаційно- педагогічні засади системи фізичного виховання студентської молоді ЕН України: автореф.дис... канд.. наук з фіз.. виховання і спорту: 24.00.01/ А.В.Домашенко.- Львів,2003.151 с.
3. Кібальник О.Я. Застосування фітнес технології для підвищення рухової активності фізичної підготовленості підлітків: дис. на здобуття наук.ступеня канд.наук з фіз.виховання і спорту: "Фіз. культура, фіз. виховання різних груп населення" / О.Я. Кібальник.-Л.,2008. 89 с.

Лариса ГУЛІНА

Асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної
допомоги

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Нікіта ГУЛІН

Студент 1 курсу спеціальності "Фізична культура і спорт "

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ПОСТКОВІДНИЙ СИНДРОМОМ

Вступ. Постковідний синдром характеризується тривалим відновленням після інфікування COVID-19 та різними клінічними проявами: слабкість,

знесилення, тривалий кашель, задишка, втрата смаку та нюху, порушення сну та свідомості, тривожність, депресія, головний біль, суглобовий синдром, випадіння волосся, розлади ендокринної системи тощо. Важливими засобами фізичної терапії у відновленні пацієнтів з постковідним синдромом є дихальна гімнастика, лікувальний масаж, терапевтичні вправи та кардіореспіраторні тренування.

Важливе місце у відновленні хворих з постковідним синдромом займає дихальна гімнастика. Починати заняття дихальною гімнастикою варто з оволодіння діафрагмальним диханням. Повністю опанувавши техніку діафрагмального дихання, для посилення ефекту при видиху, можна робити кілька «до видихів» – повністю видихнувши, втягнувши живіт, зробити додатково 3-5 неглибоких різких видихів, напружуючи і втягуючи м'язи черевного преса. Це дозволяє форсовано звільнити резервний обсяг видиху і збільшити резервний об'єм вдиху.

Ефект від дихальних вправ у хворих з постковідним синдромом полягає в наступному:

- ✓ дихальні вправи сприяють максимальному насиченню крові киснем при мінімальних енерговитратах;
- ✓ діафрагма при русі здійснює масаж печінки та інших внутрішніх органів, покращуючи периферичний кровообіг і тонус судин, сприяє активації травлення і поліпшенню функцій шлунково-кишкового тракту і надниркових залоз;
- ✓ дихальні вправи сприяють зняттю м'язової напруги і відновлення рухливості в нижній частині спини, в області тазу і живота, особливо у пацієнтів, які тривалий час знаходяться в положенні лежачи і сидячи, позитивно впливають на психоемоційний стан [2,с.45].

Лікувальний масаж грудної клітки сприяє зменшенню спазму дихальної мускулатури, відновлення рухливості грудної клітки і діафрагми, підвищення еластичності легеневої тканини, активації крово- і лімфотоку, прискоренню розсмоктування інфільтратів і ексудатів. На пізніх етапах медичної реабілітації

хворих, які перенесли COVID-19, може використовуватися класичний лікувальний масаж, вакуумний (банковий) масаж і апаратний вібромасаж ГК . [3,с.17]

Оскільки пандемія ще триває, а досліджень відносно реабілітації після коронавірусу досить мало, ми вирішили з'ясувати на скільки засоби фізичної терапії є ефективними для відновлення після COVID-19. Було запропоновано тренуючий етап фізичної терапії спрямований на поліпшення загального стану організму, відновлення функцій зовнішнього дихання, зміцнення дихальної мускулатури, підвищення функціонального стану респіраторної системи, профілактику захворювань органів дихання, а також підвищення загальної резистентності до інфекційних і інших несприятливих факторів. Також надавались такі рекомендації, як дотримання принципів здорового способу життя, виконання самостійних занять, лікувальна ходьба, сон мінімум 8 годин.

Комплекс фізичної терапії включав лікувальний масаж у вигляді класичного лікувального масажу з елементами перкусійних технік та вакуумного (банкового) масажу. Ми проводили масаж грудної клітки в різних положеннях: лежачи на спині, животі і на кожному боці використовуючи такі види рухів, як погладження, розтирання, розминання і постукування. При проведенні перкусійних технік необхідно розтерти спину в області лопаток, потім опрацювати міжреберні тканини ударами ребром долоні, кулаком, застосовувались поплескуючі, постукуючі рухи. Механічне подразнення м'язів збільшує глибину вдиху, покращує кровопостачання легеневої тканини. Терапевтичний курс складається з 10-15 сеансів. Тривалість однієї процедури становила не більше 30 хвилин. Після масажу корисна оксигенотерапія, тому після сеансу ми пропонували жінкам вживати кисневий коктейль. [2, с.11]

В результаті досліджень було проведено анкетування та ряд вимірювань: частота серцевих скорочень, артеріальний тиск та життєва ємність легень. Моніторинг показав, що показники життєвої ємності легень прийшли в норму. Також жінки стали більш активними, поліпшилися настрій та бадьорість протягом дня. Сон повністю нормалізувався, зник стрес, головний біль та біль у

суглобах, поліпшилася розумова діяльність, увага та концентрація. Могли помічатися лише певні недомагання, через зміни погодних умов. Також жінки помітили, що завдяки систематичним тренуванням у них зменшилася вага за рахунок жирового компоненту. Вони були дуже задоволені результатом, а головне стверджували, що і після реабілітації будуть слідувати нашим настановам дотримання принципів здорового способу життя.

Список літератури

1. Альбота Т.Г. Масаж – невід’ємна частина здорового способу життя людини // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. Львів, 2009. Вип. 41.
2. Григус І.М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навч. посіб. / І.М. Григус. – Львів: Новий світ - 2000, 2012. – 186 с.
3. Кібальник О.Я. Застосування фітнес технології для підвищення рухової активності фізичної підготовленості підлітків: дис. на здобуття наук.ступеня канд.наук з фіз.виховання і спорту: "Фіз. культура, фіз. виховання різних груп населення" / О.Я. Кібальник.-Л.,2008. 89 с.

Антоніна ГУРСЄВА

к. фіз. вих., доцент

доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров’я,

Запорізький державний медичний університет

Ірина ШАПОВАЛОВА

к. пед.н., доцент

доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров’я,

Запорізький державний медичний університет

Інна ОНИЩЕНКО

Студентка 2 курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖЕЮ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Біль у поперековому відділі хребта (ПВХ) є дуже розповсюдженим. Періодичний больовий синдром у ПВХ виникає у 87-90% сучасних жителів. За частотою звернення до лікаря біль у спині знаходиться на другому місці після ГРВІ. Аналіз літературних джерел показав, що більшість людей перенесла хоча б один епізод болю у нижній частині спини (Low Back Pain, LBP). За результатами інструментальної діагностики дегенеративні зміни у хребті відбуваються, переважно, у віці 20-29 років, охоплюючи 57% пацієнтів, а до 65 років частота виникнення LBP досягає максимуму (майже 100%) [1, 2, 4].

Грижі (захворювання сегмента хребта, що характеризується зміщенням внутрішньої частини міжхребцевого диска з розривом фіброзного кільця і може супроводжуватися болем у спині) формуються, в переважній більшості випадків, в ПВХ, адже саме поперек приймає на себе максимум навантаження при пересуванні та піднятті важких предметів. До того ж поперековий відділ більше, ніж інші, відчуває на собі навантаження масою тіла.

Основні симптоми, з якими звертаються до фахівців – це характерні хронічні або гострі болі в попереку, які можуть поширюватися на стегна, гомілку, ноги і стопи. Можливе оніміння і поколювання в сідницях, області промежини і ногах, а також порушення функцій внутрішніх органів [2, 3].

Лікування залежить від ступеня розвитку захворювання та підбирається індивідуально тільки досвідченим фахівцем після проходження необхідних досліджень. Використовують консервативний, медикаментозний та хірургічний (застосовується тільки у важких випадках) методи лікування.

На сьогодні в Україні фізичні терапевти для лікування захворювань кістково-м'язової системи користуються консервативними методами і досить динамічно розпочали процес клінічного використання кінезіотерапевтичних методів, які спрямовані на поліпшення кровообігу і живлення міжхребцевих

дисків та поєднанні дозованого витягування (розвантаження) хребта і одночасного спрямованого тренінгу м'язів спини.

«Профілактор Євмінова» – широко відомий спосіб кінезітерапії LBP, полягає у виконанні вправ в умовах тракції поперекового відділу хребта під власною вагою. Силове навантаження не фіксоване відносно фаз дихання, тоді як ексцентричне скорочення та динамічний стретчинг фасилітованих вкорочених м'язів ПВХ робиться на видиху та постекспіраторній фазі дихання.

Спосіб кінезітерапії LBP за допомогою методики доктора С.М. Бубновського полягає у виконанні вправ на вантажно-блочних тренажерах, зокрема «МТБ-1-4». Вправи виконують в умовах осьової тракції у ПВХ за рахунок дії ваги вантажу тренажера у положеннях лежачи, сидячи. Можливе виконання вправ у положеннях стоячи та патерні кроку після входу пацієнта у стадію компенсації. Концентричне скорочення фасилітованих вкорочених м'язів ПВХ робиться на видиху, тоді як ексцентричне та стретчинг – на вдиху.

В інституті вертебрології та реабілітації [2], який є лідером у лікуванні захворювань спини та суглобів, міжхребцеві грижі лікують без операції в 95% випадків. Лікувальний комплекс підбирається індивідуально для кожного пацієнта, виходячи з його стану. Курс лікування складається з трьох етапів:

- 1) інтенсивна терапія (за необхідністю);
- 2) фізична терапія;
- 3) кінезіотерапія.

Для досягнення ефекту лікування фахівці застосовують: безпечні м'які мануальні техніки; міофасціальний масаж; фізичну терапію; апаратні фізіотерапевтичні процедури; медикаментозну терапію (рідка, в разі гострої необхідності); кінезіотерапію на медичних тренажерах David; програми тренувань розробляються за принципом «анатомічних поїздів».

Проведений аналіз показують, що фахівці фізичної терапії вважають, ефективним консервативні методи лікування пацієнтів з грижею у ПВХ та використання комплексного підходу до діагностики, лікування, та

профілактики. Програми реабілітації складаються індивідуально для кожного пацієнта, виходячи з його стану, ґрунтуючись на принципі «анатомічних поїздів, розглядаючи повну картину взаємодії м'язово-суглобової структури та звертаючи увагу на причину хвороби, а не на усунення її наслідків.

Список літератури

1. Ефективність застосування тракції та кінезитерапії в лікуванні дегенеративних змін у поперековому відділі хребта / Я. В. Фіщенко, Л. Д. Катюкова, В. В. Зінченко, О. І. Баяндіна, О. Б. Лазарева. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2017. № 2. С. 83-87.
2. Міжхребцева грижа. Інститут вертебрології та реабілітації. URL: <https://ivr.ua/ua/sovremennye-metody-lecheniya-osteoxondroza>
3. Подчуфарова Е. В. Хронічні болі в спині: патогенез, діагностика, лікування. *Медичний журнал*. 2003. Т. 11, №25. С. 1395–1401.
4. Rehabilitation for Low Back Pain: A Narrative Review for Managing Pain and Improving Function in Acute and Chronic Conditions / J.V. Pergolizzi. *Pain and Therapy*. 2020. № 1(9). P. 83-96.

Яна ЄРЕМІЯ

асистент кафедри фізичної культури та основ здоров'я,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Іван ВАСКАН

канд. пед. наук, доцент кафедри фізичної культури та основ здоров'я
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЗАКЛАДАХ ЗАГАЛЬНОЇ ОСВІТИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ

Фізичне і духовно-моральне здоров'я є індикатором сталого розвитку нації. Здоров'я дитини, його соціально-психологічна адаптація, нормальний

ріст і розвиток багато у чому визначаються середовищем, у якому він живе. Особливої актуальності набуває організація в освітніх установах здоров'язбережувальної діяльності. Обов'язкова умова для цього - кожен вчитель повинен бути знайомий з основними правилами, критеріями, принципами створення здорового освітнього середовища.

Варто зазначити, що в освітньому процесі Нової української школи передбачено чотири наскрізні змістові лінії, серед них «Здоров'я і безпека». Завданням цієї наскрізної лінії є становлення учня як емоційно стійкого члена суспільства, здатного вести здоровий спосіб життя і формувати навколо себе безпечне життєве середовище.

Останнім часом зросло число наукових праць, які засвідчують надзвичайний інтерес до питання застосування здоров'язбережувальних технологій у освітньому процесі. Значний внесок у вирішення цих проблем, пов'язаних із впровадженням здоров'язбережувальних технологій у навчальні заклади, зробили українські та зарубіжні науковці [3]. У той же час у сучасній українській педагогічній науці недостатньо розроблені методики комплексного підходу до застосування здоров'язбережувальних технологій у процесі навчання.

Незважаючи на відмінності у визначенні поняття «здоров'язбережувальні освітні технології» або «здоров'яформувальні педагогічні технології», сам термін можна розглядати і як якісну характеристику будь-якої освітньої технології, і як сукупність тих принципів, прийомів, методів педагогічної роботи, які доповнюючи традиційні технології навчання і виховання, наділяють їх ознакою здоров'язбереження.

У процесі реалізації здоров'язбережувальних технологій важливо створювати здоров'язбережувальний простір школи (ЗПШ), який об'єднує, сфери, шляхи і процеси реалізації здоров'язбережувальних освітніх технологій.

Особливості здоров'язбережувального простору школи:

- позитивна основа, спрямованість на ті процеси і ресурси, організаційні та змістовні можливості педагогічної системи, які сприяють не тільки збереженню, але і формуванню, збільшенню потенціалу здоров'я учнів;
- інноваційно-творча основа формування і реалізації всіх зусиль, спрямованих на підвищення ефективності здоров'язбереження, з максимально можливим використанням індивідуального підходу до кожного учня;
- спрямованість на залучення самих учнів у діяльність по оптимізації цього простору, що представляє виховну програму, що сприяє перетворенню школярів з пасивних і безвідповідальних об'єктів, яких дорослі захищають від шкідливих для їхнього здоров'я впливів, в суб'єктів процесу здоров'язбереження, з абсолютно іншим почуттям відповідальності, наділених власними правилами і обов'язками.

Елементи створення ЗПШ: ароматерапія (вплив запахів); фітотерапія (фітобар); відеоекологія (вплив зорових образів того середовища, в якому людина перебуває: форми з прямими кутами впливають на психіку більш негативно, ніж округлі з вигинами ліній); співвідношення колірної гами; арттерапія (казкотерапія, ігротерапія, маскотерапія, лялькотерапія, ізотерапія та ін.); емоційний клімат уроку, його гумористична складова (Про те, що «хороший сміх дарує здоров'я» сказано чимало); культура мови вчителя: чіткість, логічність, змістовність, правильність та інші якості; невербальні засоби спілкування: міміка, жести, пози, рухи тіла тощо.

В організації та проведенні уроку з позицій здоров'язбереження вчителів необхідно враховувати наступні *вимоги*:

- Обстановка і гігієнічні умови в класі (кабінеті)
- Кількість видів навчальної діяльності. Норма: 4 - 7 видів за урок.
- Середня тривалість і частота чергування різних видів навчальної діяльності. Орієнтовна норма - 7-10 хвилин.
- Кількість видів матеріалу: словесний, наочний, аудіовізуальний і т.д.

- Чергування видів викладання. Норма: не пізніше, ніж через 10-15 хвилин.
- Наявність і вибір місця на уроці методів, що сприяють активізації ініціативи і творчого самовираження самих учнів, коли вони дійсно перетворюються з «споживачів знань» в суб'єктів дії щодо їх отримання і творення.
- Місце і тривалість застосування технічних засобів навчання, вміння вчителя використовувати їх для ініціювання дискусії та обговорення.
- Постава учнів (чи спостерігає вчитель за поставою учнів).

Отже, у навчально-виховному процесі більше уваги необхідно приділяти використанню здоров'язбережувальних технологій через: формування психологічної культури навчально-виховного процесу; розвиток компетентностей педагогів у питаннях використання здоров'язбережувальних технологій; підвищення рівня культури здоров'я учнів, покращення стану здоров'я вчителів.

Список літератури

1. Ващенко О., Свіріденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язбережувальних технологій у навчально-виховному процесі. Здоров'я та фізична культура. 2006. № 8. С. 1 – 6.
2. Даниленко Г.М. Загальноосвітній навчальний заклад як система комплексного впливу на якість життя дитини. Гігієна населених місць. 2003. Вип. 41. С. 330-334.
3. Даниленко Г.М., Сотнікова Ж.В. Якість життя та здоров'я школярів. Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, серія «Медицина». 2005. Вип. 10, № 658. С. 61-67.

Олена ЗЕНДИК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та
домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Тимофій ПІСЬМЕННИЙ

студент 2 курсу

спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

ОЗДОРОВЧИЙ ВПЛИВ ЗАНЯТЬ З АКВАФІТНЕСУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ

У сучасному світі найголовнішими проблемами, що впливають на здоров'я людини є малорухливий спосіб життя та стреси. Не менш важливими проблемами є захворювання і травми, що заважають займатися багатьма фізичними вправами. Тому дуже важливим є індивідуальний підхід до вибору рухової активності. У такому випадку багато людей обирають сучасні напрями оздоровчої фізичної культури, які допомагають покращити фізичний стан, зовнішній вигляд, а також фізичне здоров'я. Метою було дослідити вплив занять аквафітнесом на здоров'я жінок похилого віку. Методами дослідження є теоретичний аналіз, порівняння та узагальнення даних літературних джерел та інтернет-ресурсу, анкетування на основі яких зроблені висновки. Одним із головних сучасних напрямів оздоровчої рухової активності є аквафітнес. Адже заняття аквафітнесом – це один із основних факторів уповільнення процесів старіння, збереження здоров'я та підвищення фізичної активності. Фізичні вправи у воді дають зовсім інші відчуття, ніж на суші, тому що вода має унікальні властивості, що впливають на тіло, оскільки тиск води у 50 разів перевищує тиск повітря, тобто на кожний рух витрачається значно більше сил.

Виштовхуюча сила води вирівнює ці витрати настільки, що загалом рухи виходять більш вільними, розкутими. Додатковий опір рухів тіла вимагає великих м'язових зусиль і більшої витрати калорій. Долаючи постійний опір води, м'язи отримують більш серйозне багатопланове навантаження. Тому заняття у воді в 7–14 разів ефективніші, ніж на суші. Доведено, що одне заняття у воді прирівнюється до трьох занять у залі [2].

Вправи аквафітнесу є ациклічними, структура рухів у них не має стереотипного циклу і змінюється в ході виконання. Основу сучасного оздоровчого аквафітнесу повинні складати інноваційні програми і технології аеробного характеру, зміст яких лише частково доповнюється комплексами вправ силового характеру, призначеними для покращення показників м'язової сили і гнучкості.

Аквафітнес здатний здійснювати диференційований вплив на морфофункціональні показники організму за рахунок використання різних за характером рухів. Корисні оздоровчі впливи засобів аквафітнесу зумовлені активізацією найважливіших функціональних систем організму, високою енергетичною ємністю виконуваної роботи, феноменом гравітаційного розвантаження опорно-рухового апарату. Аквафітнес чудово тренує серцево-судинну систему, розвиває різні м'язові групи, надає їм еластичності, знімає напруження. Перевагою аквафітнесу порівняно з іншими видами фітнесу та аеробіки є те, що у воді можуть займатися особи, які мають протипоказання до занять фізичними вправами на суші, – остеохондроз, варикозне розширення вен, гіпертонія, болі в суглобах тощо [1].

Основу тренувальних занять аквафітнесом для людей похилого віку повинні складати аеробні вправи, направлені на підвищення спільної витривалості і працездатності, які доповнюються вправами на гнучкість для суглобів і основних м'язових груп, що перешкоджають розвитку вікових дегенеративних змін рухового апарату. Крім того, обов'язково повинні даватися рекомендації по раціональному збалансованому харчуванню, проводитися навчання основам психорегуляції (аутогенне тренування), масажу і

загартовування, а також контролю і самоконтролю. Тільки такий комплексний підхід може бути ефективним в плані поліпшення здоров'я даної категорії населення [1]. Структура заняття містить в собі підготовчу, основну і заключну частини. Підготовча частина складається з розминки, що включає плавальні вправи, динамічні вправи аеробного характеру. Основна частина містить вправи локальної дії на всі групи м'язів. У завершальній частині виконуються вправи на розслаблення, розтягнення і дихання. Тривалість кожної частини може значно змінюватися залежно від температури води, повітря або емоційного стану тих, хто займається. На базі спортивного клубу «Sport Life» на заняттях аквафітнесом в групі жінок похилого віку було проведене дослідження на основі спостереження за заняттями та даних анкетування. Це дослідження підтвердило ефективність аквафітнесу. Безпосередньо після заняття жінки стверджували, що у них поліпшується настрій та загальний стан організму. Уже через місяць систематичних занять були помічені такі результати, як зменшення артеріального тиску, зменшення болю і збільшення амплітуди рухів суглобів, гарний настрій протягом усього дня, зниження рівня стресу, покращення сну, зменшення ваги за рахунок зменшення жирового компоненту, поліпшення координації. Висновки. Аналіз літературних джерел та анкетування доводять, що заняття аквафітнесом дуже корисні для жінок похилого віку, адже вони надають позитивний вплив на усі системи організму, а також поліпшують його загальний стан.

Список літератури

1. Колганова Е. Влияние занятий аквааэробикой на состояние организма женщин разного возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Малаховка, 2007. 22 с.
2. Синиця С. Оздоровча аеробіка. Спортивно педагогічне вдосконалення : навчальний посібник. Полтава : ПНПУ, 2010. 240 с.

Олена ЗЕНДИК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Наталія ГНЕСЬ

кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ПЛАВАННЯ У СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Не втрачає актуальності проблема охорони здоров'я дітей, що викликана зростанням захворювань та функціональних розладів серед дитячого населення. Її рішення потребує зокрема широких профілактичних заходів у системі освіти. Шкільне навчання, що складається із сукупності розумових, емоційних та фізичних навантажень, висуває нові, ускладнені вимоги не тільки до рухової та психічної конституції дитини, її інтелектуальних можливостей, але і до власне особистості в цілому.

Останнім часом серйозну проблему становлять діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР), кількість яких на тлі загального погіршення дитячого здоров'я в Україні збільшується. Такі діти становлять близько 15% від загальної кількості першокласників загальноосвітньої школи [2].

Поняття затримки психічного розвитку (ЗПР) багатьма педагогами і психологами визначається як пограничний стан між нормою і патологією розвитку, що має тимчасовий характер відставання, відповідно до темпів

біологічного дозрівання, і який може коригуватися при застосуванні адекватної системи педагогічних заходів [1].

До основних проявів затримки психічного розвитку відносять зокрема порушення працездатності та поведінки, що більшою чи меншою мірою властиві всім дітям із ЗПР. Причиною цього явища є надлишкова виснаженість нервових процесів, їх інертність. У дітей із ЗПР дуже коротка тривалість продуктивної роботи – усього 15-20 хвилин, після чого настає втома. Її прояви неоднакові: одні діти стають млявими, сонними, інші, навпаки, стають непосидючими, багато розмовляють, не реагують або негативно реагують на зауваження.

До особливостей пізнавальної діяльності дітей із ЗПР відносять низький рівень допитливості. Вони задовольняються першою відповіддю на своє запитання й не проявляють наполегливості у процесі вирішення завдання, яке їх зацікавило. Інколи дитина ставить багато запитань, але всі вони одноманітні і свідчать не стільки про інтерес дитини, скільки про його обмеженість.

У дітей із ЗПР у зв'язку з порушеннями центральної нервової системи опрацювання отриманої інформації від органів чуття відбувається менш успішно. Їм буває складно відрізнити букви, написати текст, тому що це вимагає досить високого рівня просторової орієнтації, розпізнавання та відтворення графічних зображень букв, їх розміщення на сторінках зошита. Несформованість просторових уявлень зумовлює й те, що на початку навчання у школі діти із ЗПР ще невпевнено можуть розрізнити праву й ліву сторони, поняття «під, над, вище, нижче, далі, ближче, внизу, зверху».

У деяких дітей із ЗПР на тлі надлишкової виснаженості, загальмованості нервових процесів проявляються такі характеристики, як млявість, боязкість, плаксивість. Надлишкова збудливість, яка також пов'язана зі швидким виснаженням, веде до бурхливих реакцій на зауваження, до постійних конфліктів з однокласниками, бійок. На порушення поведінки негативно впливає і мікросоціальне середовище, в якому ці діти виховуються, особливо їх становище в колективі, досвід неуспішності навчання в школі.

У роботі з дітьми, які мають ЗПР важливо забезпечити їх готовність до навчання у школі: розвиток дрібної моторики, фонематичного слуху, формування правильної звуковимови, уточнення доматематичних понять, формування соціально прийнятої поведінки.

На сьогодні розроблено методичні прийоми, спрямовані на подолання школярами із ЗПР труднощів у засвоєнні знань з окремих предметів, варіативні способи індивідуалізації навчання на уроках та під час самопідготовки. Продовжуються пошуки засобів фізичної культури для корекції розвитку дітей із ЗПР.

Для дітей із затримкою психічного розвитку фізичне виховання є не тільки засобом зміцнення здоров'я, підвищення рухової підготовленості, а й потужним чинником корекції та компенсації порушених функцій. Серед засобів адаптивного фізичного виховання особлива роль відводиться плаванню. Високу ефективність застосування засобів плавання для реабілітації дітей, які мають відхилення в стані психічного здоров'я доведено у низці досліджень [3].

Специфічний вплив водного середовища на опорно-руховий апарат, центральну нервову систему, вегетативні та інші системи організму здатний забезпечити компенсаторний вплив на порушені функції організму дитини із ЗПР. Компенсаторно-корекційний вплив водного середовища, забезпечуючи потужний стимулюючий вплив, позитивно впливає не лише на процес рухової реабілітації, а й на психічну сферу дітей із затримкою психічного розвитку [3].

Методика навчання плавання дітей із ЗПР базується на вправах спеціального характеру, спрямованих на підвищення плавальної підготовленості, рівня фізичного та психічного розвитку. Уроки плавання мають тривалість 60 хвилин та проводяться тричі на тиждень протягом двох років. Заняття включають 15-20-хвилинні вправи у спортивному залі та 45-хвилинні заняття у воді.

На початку курсу діти навчаються елементарних рухів у воді. Після опанування ковзанням та утриманням на воді у горизонтальному положенні, застосовуються зв'язки елементів, вправи у воді з додаванням завдань

математичного характеру, запам'ятовуванням слів, термінів та словосполучень, пальчикова гімнастика – діставання дрібних предметів з дна басейну, складання або розбирання деталей конструктора у воді (занурившись у воду до підборіддя, руки під водою) тощо.

У ході занять застосовуються зв'язки зі зміною структури або техніки виконання елементів гребка, модифіковані варіанти ігор на розвиток уваги та пам'яті, виконання рухових дій під час дії факторів, що збивають, вправи на диференціювання темпу, амплітуди рухів та дистанції, тощо. У заняття можна включати вправи високої інтенсивності, пропливання великої відстані без урахування часу, виконання вправ з великою та малою амплітудою рухів, з диференціюванням кількості гребків, максимально частими рухами.

Використання основних засобів плавання передбачає період початкового навчання, який потім змінюється періодом вдосконалення, тривалість яких визначається складністю елементів, віком дитини та рівнем її підготовленості.

З перших занять слід уважно ставитись до технічного виконання вправ, вводити ігри з розвитку психічних якостей, для підтримки емоційного фону на уроці слід широко впроваджувати ігрову діяльність, а також включати вправи, які запропоновані самими дітьми.

Застосування засобів плавання у системі реабілітації дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку забезпечує позитивний ефект, що полягає в більш якісному освоєнні техніки плавання, покращенні рівня фізичної підготовленості та фізичного розвитку, нормалізації психічної сфери.

Список літератури

1. Гвоздецька С.В. Корекційна спрямованість занять з фізичного виховання старших дошкільників із затримкою психічного розвитку: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту. 24.00.02. Харків, 2005.
2. Лесько О.М., Трач В.М. Рухові ігри та їх вплив на фізичний розвиток дітей із затримкою психічного розвитку // Актуальні проблеми навчання та

виховання людей з особливими потребами. Зб. наук. пр., – № 1(3). – 2004. – С. 545.

3. Пермяков В.Е. Плавание в системе коррекции уровня психического развития детей-инвалидов 9-12 лет. Physical Education and Sport. Quarterly. Volume 46, Supplement № 1. Wydawnctwo Naukowe RWN, Warszawa, 2002. – P. 364-365.

Людмила КЛЕЦЕНКО

к. пед. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»

Анатолій ЛЕВКОВ

к. мед. н.,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»

Євгенія ВИШАР

старший викладач кафедри соціальної роботи та спеціальної освіти
Полтавський інститут економіки і права

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСОБИ ІЗ ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ ПЕРІОД: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Завдання раннього періоду фізичної терапії, ерготерапії при геморагічному інсульті включають: попередження і лікування ускладнень, що пов'язані з іммобілізацією; визначення функціонального дефіциту і збережених можливостей хворого; покращення загального фізичного стану; покращення рухових, сенсорних функцій; відновлення самообслуговування і елементарних побутових навичок.

Основним принципом при побудові програми фізичної терапії став принцип індивідуального підходу, формування індивідуальних цілей для пацієнтів. Для підвищення ефективності програми фізичної терапії, ерготерапії та покращення процесу реабілітації з точки зору управління при формуванні індивідуальних цілей для пацієнтів під час проходження програми фізичної терапії, ерготерапії при геморагічному інсульті враховувалася SMART-методика [1].

Розроблена нами програма розроблена згідно діючої нормативної документації в галузі охорони праці та австралійської клінічної настанови і являє собою комплексний курс фізичної терапії, який здійснюється поетапно і містить такі складові: авторський комплекс пасивно-активних вправ лікувальної гімнастики у поєднанні з електричною стимуляцією плеча та психологічний (психологічне консультування, психологічний супровід, розвиваючі заняття з відновлення когнітивних порушень) і логопедичний (логопедична гімнастика, артикуляційні вправи, Су-Джок (масажний м'ячик та кільце) компоненти. Клінічними інструментами оцінки функціонального стану пацієнта при проведенні наукового дослідження були домени у вигляді інструменту ICF-core-set (набір базових категорій МКФ) [2] для комплексного інсульту: тест Ловетта, шкала Бартела, тести «Швидкість ходьби (GV) та «Берга на рівновагу (BBS)», Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА), тести «Встань та йди», Trunk Control Test (Тест контролю тулуба), Визначення функціональної незалежності (FIM). Експериментальну програму розроблено для пацієнта віком 71 рік, чоловічої статі з діагнозом «Гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом: субарахноїдально-паренхіматозний крововилив із формуванням інсульт-гематоми лівої скронево-підкіркової ділянки головного мозку із проривом у шлуночкову систему із правобічною геміплегією, сенсомоторною афазією» згідно діючої нормативної документації в галузі охорони праці та австралійської клінічної настанови.

Розроблена нами програма фізичної терапії при геморагічному інсульті в відновлювальний період являє собою авторський комплекс пасивно-активних

вправ лікувальної гімнастики у поєднанні з електричною стимуляцією плеча та психологічний і логопедичний компоненти.

Після застосування авторської програми фізичної терапії нами було виявлено якісно позитивні зрушення у функціональному та психофізичному стані пацієнта, про що свідчить позитивна динаміка досліджуваних показників: покращився реабілітаційний діагноз пацієнта, зокрема: b7301.4 на b7301.2; d550.2 на d550.1; d510.3 на d510.2; d520.3 на d520.2; d540.3 на d540.2; d598.3 на d598.2; d4100.3 на d4100.2; d450.3 на d450.2; d469.4 на d469.3; d330.3 на d330.1; d355.3 на d355.3; d998.3 на d998.2. Здійснена психолого-логопедична робота сприяла покращенню у процесі відновлення когнітивних функції пацієнта (з помірного до легкого вияву порушення), стабілізації його емоційного стану, набуттю навичок стресостійкості, гармонізації системи відносин особистості хворого до самого себе, до мікро- і макросоціуму, формування нової концепції життя.

Отже, розроблена нами експериментальна програма фізичної терапії для пацієнта з геморагічним інсультом у відновлювальний період виявилась ефективною. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вдосконаленні фізичної терапії осіб із геморагічним інсультом засобами кінезотерапії.

Список літератури

1. Вишар Є. В., Клеценко Л. В. (2022). Особливості використання здоров'язбережувальних технологій фахівцями з фізичної реабілітації у професійній діяльності. *Перспективи та інновації науки (Серія «Медицина»)*, 2 (7), 1012-1025.

2. Інструмент документування на основі ICF. doi : <https://www.icf-core-sets.org/en/page1.php>

Анастасія КУДРЯШОВА

здобувач вищої освіти, 2 курсу,
ступеня вищої освіти «бакалавр»,
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія,

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Руслан БУТОВ

кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
старший викладач кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних
основ фізичного виховання,
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ІНСУЛЬТ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ ФАСИЛІТАЦІЇ (ПНФ)

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу. Розрізняють ішемічні інсульти (мозковий інфаркт, розм'якшення мозку) і геморагічні (крововилив). У вогнищі ураження нервові клітини і їх елементи позбавляються живлення, стискаються крововиливом, гинуть або функція їх різко порушується. Причинами цього грізного захворювання найчастіше є гіпертонічна хвороба, атеросклероз судин головного мозку, психічні і фізичні перенапруження, інфекція, інтоксикація [3, с. 177].

Починається інсульт гостро. Захворювання характеризується загальним важким станом хворого, розладами свідомості, серцевої діяльності, дихання, мови, парезами і паралічами. Залежно від локалізації, площі і обсягу пошкодження рухові розлади розвиваються в одній чи більше кінцівок. Вони виникають на протилежному вогнищу боці тіла, що пояснюється перехрещенням пірамідних шляхів на межі довгастого і спинного мозку [1, с. 65].

Найчастіше спостерігається параліч кінцівок однієї половини тіла (геміплегія), який спочатку млявий і незабаром переходить у типовий для інсультів спастичний параліч зі згинальними контрактурами у суглобах руки і розгинальними – у нозі [3, с. 179].

Наслідки інсульту призводять до недиференційованої рухової активності із закріпленням патологічного стереотипу. Спотворюється постава, хода,

порушується координація рухів. Важливим є не просто тренувати окремі м'язові пучки, а визначити неправильні настановні стереотипи[1, с. 68].

Для відновлення оптимального рухового стереотипу є кілька варіантів, одним із них є техніка ПНФ (пропріоцептивна нейро-м'язова фасилітація)

ПНФ – один із методів фізичної терапії, реабілітації, заснований на принципах функціональної анатомії та нейрофізіології людини.

Головна мета застосування ПНФ полягає у досягненні максимально можливого рівня функціонування пацієнта.

Метою терапії ПНФ є покращення функціонування рухових центрів у ЦНС та формування правильного стереотипу руху за рахунок стимуляції пропріорецепторів на периферії[2, с. 326].

В даний час метод ПНФ широко використовується при захворюваннях центральної та периферичної нервової системи в США (інститути нейрореабілітації «Кабота та Кайзера») та країнах Європейського Союзу (у деяких країнах відомий як метод Кабот).

Метод ПНФ дозволяє збільшувати силу та витривалість ослаблених м'язів, збільшувати обсяг рухів, покращувати координацію, стабільність рухів, домагаючись вищого рівня функціонування пацієнта. При цьому виді лікування фахівець та пацієнт працюють узгоджено, домагаючись повного відновлення [4, с. 195].

В основному, всі рухи, що здійснюються під час процедури ПНФ, проходять певною траєкторією, яка називається «діагоналлю». Спірально-діагональний характер природних рухів обумовлений структурою скелетно-м'язової системи. Більшість м'язів розташовані спіралеподібно навколо кісток, тому при скороченні вони зазвичай здійснюють спіралеподібний рух. Використання «діагоналей» ПНФ дозволяє у найбільш фізіологічному режимі задіяти функціональні м'язові ланцюги та відновити «програми» первинних рухів, що сприяє більш ефективному відновленню рухових функцій.

При парезах та плегіях ПНФ може здійснюватися на здоровій стороні у поєднанні з пасивними рухами по діагоналях на стороні ураження.

Всі рухи в діагоналях ПНФ рекомендується виконувати в певній послідовності: перед виконанням руху м'язи, що беруть участь у роботі, фіксуються і пасивно наводяться в положення з максимальним розтягуванням, завдяки чому досягається додаткова стимуляція м'язових рецепторів, що покращує процес «рефлекторного перепрограмування». Після цього здійснюється команда виконання діагонального руху і контролюється його траєкторія. Для закріплення правильності виконання рухів ця послідовність виконується певну кількість повторень [4, с. 197]

ПНФ-терапія – одна з методик лікування рухом, яка дозволяє відновити функціональні зв'язки між нервовою системою, яка керує руховим актом, та м'язами, що безпосередньо здійснюють рух. У ПНФ-терапії кожна дія спрямована на весь організм, а не тільки на окремий уражений м'яз.

Список літератури

1. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: навч. посібник. К.: Олімпійська література, 2006. 196 с.
2. Марченко О. К. Основы физической реабилитации: учеб. для студентов вузов / О. К. Марченко. К.: Олимп. лит., 2012. 528 с.
3. Неврологія: підручник / [І.А. Григорова, Л.І. Соколова, Р.Д. Герасимчук та ін.] 3-є вид., переробл. та допов. К.: ВСВ “Медицина”, 2020. 640 с.
4. Фізична терапія: Підручник / [Швесткова Ольга, Сладкова Петра та ін.] Київ, Чеський центр у Києві, 2019. 272 с.

Сергій ЛАТОГУЗ

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини,
фізичної терапії, ерготерапії

Харківський національний медичний університет

Микола ЛИТВИНЕНКО

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри клінічної лабораторної діагностики

Харківський національний медичний університет

Ганна ЛИТВИНЕНКО

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри клінічної лабораторної діагностики

Національний фармацевтичний університет

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З

ПЛЕЧЕЛОПАТКОВИМ ПЕРІАРТРИТОМ

Вступ. Термін плечолопатковий періартрит («periarthritus humeroscapularis») вперше був запропонований в 1872 S. Duplay. Так був охарактеризований синдром, що включає скутість і наявність хронічного болю в області плечового суглоба, який виникає після травми [1, с. 49-50].

Поширеність плечолопаткового періартриту серед дорослого населення становить 4-7%, з віком вона збільшується (від 3-4% у віці 40-44 років до 15-20% у віці 60-70 років).

На перше місце серед усіх причин плечолопаткового періартриту можна поставити патологію ключично-акроміального суглоба [2, с. 124].

Важливою умовою якнайшвидшого та ефективного лікування плечолопаткового періартриту є масаж. При даному захворюванні масаж проводять на комірцевій ділянці, плечолопатковому суглобі і плечі, а також торкається дельтовидний і великий грудний м'яз. При плечолопатковому періартриті робиться масаж комірцевої зони, який може складатися з наступних рухів [3, с. 56-58; 4, с. 19-21].

Мета дослідження – розробити комплексну програму фізичної реабілітації для покращення перебігу плечолопаткового періартриту у пацієнтів за допомогою лікувального масажу з елементами мануальної терапії.

Матеріал та методи. В основну групу включені 37 пацієнтів віком 50-75 років з плечолопатковим періартритом, яким проводився комплекс запропонованої нами програми реабілітації, включаючи масаж. Контрольну групу склали 33 пацієнта у тій же віковій категорії, яким було призначено стандартну програму реабілітації лікарем ЛФК.

Таким чином, для проведення масажу нами було відібрано 37 хворих на діагноз: Остеохондроз хребта. Плечолопатковий періартрит; середній вік пацієнтів – 52 роки. Всі хворі отримали масаж шийного відділу хребта, комірної зони та області плечового суглоба на ураженому боці, а також методики мануальної терапії: постізометрична релаксація, тракція шийного відділу хребта на апараті «REHATRAC» ступінчасто мінливим зусиллям тяги від 50 до 120 Н (Ньютон) протягом 10 хвилин, комбіновані прийоми для впливу на шийний відділ хребта (флексія, латерофлексія, ротація після розслаблення м'язів шиї та верхнього плечового пояса); локальний вплив на періартикулярні м'язи та фасції шляхом реципрокного розслаблення, розтягування локальної пресури (ішемічної компресії) та масажу м'язів та тригерних точок. Сеанси мануальної терапії проводились 1 раз на тиждень.

Результати та їх обговорення. Практично всі пацієнти відзначали значне зменшення або зникнення симптоматики після першого сеансу мануальної терапії з попереднім підготовчим масажем для розслаблення поверхневих і глибоких шарів м'язів шиї і верхнього плечового пояса. У 17% пацієнтів відбувався рецидив функціональних блоків, але під час проведення другого сеансу мануальної терапії наставав їх дозвіл. При цьому застосовувалися техніки на м'язово-сухожильний апарат з акцентом на тригерні точки. Після проведення сеансу пацієнту рекомендувався відпочинок у палаті протягом 1,5-2 годин.

В результаті проведеного лікування значне покращення відмічено у 26 хворих, покращення у 9 хворих, незначний ефект відзначили 2 пацієнти.

Так, до операції больовий синдром за ВАШ у середньому становив $6,4 \pm 0,39$, у ранньому післяопераційному періоді $5,1 \pm 0,19$, у пізньому відновлювальному періоді $1,7 \pm 0,14$ (шкала ВАШ).

Таким чином, ефективність комплексного лікування при впливі на уражену кінцівку становила в динаміці до і після курсу масажу 3,4 бала.

Порівняльна характеристика двох обстежених груп пацієнтів за функціональними результатами навіть за неповним переліком клінічних та біомеханічних показників статичної та динамічної показала ефективність проведення комплексної програми реабілітаційних заходів.

Висновки Після проведення курсу масажу з елементами мануальної терапії у більшості пацієнтів відзначалася позитивна динаміка, усунення больового синдрому, відновлення функції ураженої кінцівки.

Список літератури

1. Гатауллин Э.К. Лечение плечелопаточного периартрита (импиджмент-синдрома) / Э.К. Гатауллин// Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. № 6. С. 49-50.
2. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: Справочник / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 г. – 592 с.
3. Скворцов В.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения плечелопаточного периартрита / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко// Поликлиника. 2011. № 2-1. С. 56-58.
4. Шоломов И.И. Реабилитация больных с посттравматическим плечелопаточным периартритом / И.И. Шоломов, Бейдик О.В. и соавт. Практическая неврология и нейрореабилитация. 2009. № 4. С. 19-21.

Сергій ЛАТОГУЗ

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини,
фізичної терапії, ерготерапії
Харківський національний медичний університет

Євген ЛУЦЕНКО

асистент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини,
фізичної терапії, ерготерапії
Харківський національний медичний університет

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ

Вступ. Цукровий діабет - група ендокринних захворювань, пов'язаних із порушенням засвоєння глюкози внаслідок абсолютної або відносної недостатності гормону інсуліну [1, с. 74].

Актуальність даної теми беззаперечна. У структурі ендокринних захворювань цукровий діабет займає близько 60-70%. За останніми даними експертів ВООЗ, захворюваність на цукровий діабет у промислово розвинутих країнах становить від 1,5 до 4% населення. З урахуванням недиагностованих випадків діабетом страждає близько 6% населення. Кількість хворих у світі становить приблизно 60 мільйонів [3, с. 275; 4, с. 302].

Ідея використання фізичних вправ для лікування та відновлення діабету не нова. Протягом століть ставлення до фізичних вправ як методу лікування діабету постійно змінювалося. Сьогодні вчені знають, що ідея використання постільного режиму як терапії діабету є помилковою. Дослідження показали, що після 7 днів постільного режиму метаболізм цукру в крові значно порушується [2, с. 153].

Мета роботи: удосконалення фізичної реабілітації при цукровому діабеті.

Матеріал та методи. У дослідженні брали участь експериментальна (ЕГ) та контрольна групи (КГ) у кількості 20 осіб. Заняття в експериментальній групі проводилися за розробленою нами комплексною програмою фізичної терапії, а

контрольна група займалася за програмою «Університетської клініки».

Нововведення нашої програми полягало в тому, що вона включала:

1-й день: комплекс лікувальної гімнастики, що містить кругове тренування на тренажерах;

2-й день: кругове тренування на тренажерах та комплекс вправ на релаксацію;

Заняття чергувалися через день, під контролем ЧСС та рівня глюкози.

Також було включено до самостійних занять дихальні вправи за методикою Філатова-Бюргеса .

Результати та їх обговорення. Для реалізації поставлених завдань було розроблено програму фізичної реабілітації, яка представлена у таблиці 1.

Таблиця 1.

Програма фізичної реабілітації при цукровому діабеті

Зміст	Дозування	Загальні методичні вказівки
Лікувальна гімнастика	35-45 хв.	Вправи на всі групи м'язів. Рухи виконуються з невеликою амплітудою, в повільному і середньому темпі, а для дрібних груп м'язів - у швидкому.
Дозована ходьба	3-6 до 12-14 км.	Поступово збільшуйте дистанцію. Під час занять можна використовувати вправи спортивного призначення (лижі, ковзани, біг, веслування, плавання), ігри (баскетбол, бадмінтон, теніс) під суворим контролем лікаря.
Масаж	30-40 хв, курс – 13-16 сеансів, бажано через день.	Масаж загальний сегментарно-рефлекторної дії. Прийоми виконуються з невеликою силою та інтенсивністю.
Гідротерапія	від 2-3 до 4-6 хв. 16-21 процедура.	Душ Шарко. На початку курсу лікування температура 32-35°, наприкінці - 20-15°.

Самостійні заняття	4-5 вправ із повторенням кожної вправи по 5-7 разів.	Прості комбіновані вправи для тулуба та кінцівок, які чергуються з дихальними вправами, вправами для черевного преса та вправами на опір. Використання дихальних вправ за методикою Філатова-Бюргеса
--------------------	--	--

У ході дослідження були отримані такі дані: рівень глюкози в експериментальній групі покращився на 5,11% по відношенню до контрольної групи, а ЧСС – покращала на 4,53%.

Висновки Комплексна програма фізичної терапії при регулярному та індивідуальному підході покращує стан і не дає розвинутися ускладненням.

Список літератури

1. Гордон Н.Ф. Диабет и двигательная активность/ Нил Ф. Гордон.- Киев: Олимпийская литература, 1999.- 144 с.
2. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей/ Под ред. В.А. Епифанова.- Москва: МЕДпресс-информ, 2005.- 328 с.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів / За ред. проф. Ю.М. Мостового. – 22-ге вид., перероб. – Київ, Центр ДЗК, 2017. – 616 с.
4. Швед М.І., Пасечко Н.В., Мартинюк Л.П. та ін. Клінічна ендокринологія в схемах и таблицях. - Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2006. - 344 с.

Леся ЛОГУШ

к.пед. наук, доцент кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Лідія ДОЦЮК

док.мед.н., професор
завідувач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Андрій БРАЖАНЮК

доктор філософії (PhD)

асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ОЦІНКА ФІЗИЧНИХ ФУНКЦІЙ ЯК СКЛАДОВА ЕТАПУ ВІДНОВЛЕННЯ ТРАВМОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Згідно із дослідженням Ради міжнародних наукових досліджень з 2014 року близько 72% ветеранів зверталися по медичну допомогу щодо відновлення фізичного здоров'я. Велика кількість ветеранів отримали травми кінцівок, що потребують протезування та реабілітації.

Зараз, враховуючи введення військового стану в Україні з лютого місяця 2022 року, активні воєнні дії на території держави та постійні обстріли території країни призвели до того, що медична система України, зокрема фізична терапія зараз працює над швидким відновленням поранених та потерпілих, а також буде безперервно зустрічатися із наслідками війни у цивільного та військового населення країни в майбутньому. Тому своєчасна та якісна фізична реабілітація впливає не лише на фізичний стан людини, але і на її психологічне та емоційне благополуччя.

Згідно Клінічних практичних рекомендацій від Міністерства у справах ветеранів США/ Міністерства оборони США щодо організації реабілітації пацієнтів після ампутації верхньої або нижньої кінцівки, основою початку реабілітації є оцінка фізичних функцій людини. Вона включає у себе:

- оцінку тактики знеболення до початку проведення заходів з фізичної реабілітації
- комплексне обстеження нервово-м'язового апарату для виявлення фізичних порушень, таких як пошкодження нервів, м'язовий дисбаланс та порушення пропріоцепції

- оцінку функції верхніх і нижніх кінцівок, а також впливу травми на здатність людини пересуватися та використовувати засоби для ходьби
- оцінку та реєстрацію амплітуди рухів у кожному ураженому суглобі
- опитування щодо наявності будь-яких порушень рівноваги або запаморочення та інших вестибулярних симптомів (як вже існуючих до травми, так і нових), а також можливого обстеження на доброякісне пароксизмальне позиційне головокружіння (ДППГ) і на наявність травм голови
- оцінка раніше існуючих або нещодавно набутих проблем із зором або слухом
- оцінку наявності будь-яких нових труднощів у комунікації, спілкуванні та мові
- оцінку здатності змінювати положення, наприклад, переходити з положення лежачи в положення сидячи і з положення сидячи в положення стоячи
- оцінку контролю та стабільності постави (за необхідності)
- оцінку здатності рухатися та рівня аеробної підготовки та / або толерантності до фізичних навантажень
- оцінку догляду за шкірою, догляду за ранами та тактики щодо ділянок, які знаходяться під тиском [1,2].

Також необхідно оцінити когнітивні та психологічні функції людини, що отримала травму.

Наступним важливим етапом у реабілітації є узгодження короткотермінових та довготермінових цілей реабілітації з людиною та членами її сім'ї або опікунами (за потреби) і регулярний перегляд їх, беручи за основу:

- життєві та моральні цінності людини
- діяльності, які є важливими для людини
- підхід “сильних сторін” - фокусуючи увагу на позитивних функціях та здобуття нових навичок
- домашні обставини пацієнта

- прагнення пацієнта повернутися до роботи чи навчання та бажані часові рамки
- розвиток знань, навичок та впевненості в управлінні власним здоров'ям та благополуччям
- розуміння того, що можуть бути як невдачі, так і досягнення, тому цілі мають бути гнучкими [1].

Члени мультидисциплінарної команди, які беруть участь у встановленні цілей реабілітації, повинні бути кваліфікованими та компетентними в:

- допомозі людям визначати цілі, які їм підходять
- розумінні того, як психологічний вплив травми може вплинути на постановку цілей та планування реабілітації [2].

Таким чином етапи допомоги у відновленні повинні збігатися з процесом відновлення пацієнта на основі оцінки потреб пацієнта, тяжкості травми, загоєння ран, толерантності до болю та психологічної готовності. Саме тому, необхідно підвищувати якість, знання та обізнаність щодо надання своєчасної медичної та професійної реабілітаційної допомоги.

Список літератури

1. VA/DOD Clinical practice guideline for rehabilitation of individuals with lower limb amputation. — 2017 (Retrieved May 7, 2022), — from <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/amp/VADoDLLACPG092817.pdf>

2. VA/DOD Clinical practice guideline for rehabilitation of individuals with upper limb amputation/ — 2022 (Retrieved May 7, 2022), — from https://www.health_quality.va.gov/guidelines/Rehab/ULA/VADoDULACPG_Final_508.pdf

Леся ЛОГУШ

к.пед. наук, доцент.

доцент кафедри фізичної реабілітації,

ерготерапії та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
Віталій ТЕМЕРІВСЬКИЙ
магістрант 5 курсу кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії
та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Україна належить до тих країн, де більшість населення не може отримувати необхідну кількість йоду для нормального функціонування щитоподібної залози і у окремих областях України нестача йоду в довкіллі перетворилася на проблему державного значення.

Гіпотиреоз - це захворювання щитовидної залози, при якому порушується вироблення тиреоїдних гормонів. Причин порушення безліч. Найчастіше це збій гормонального фону, спадковість або вплив шкідливих факторів. Симптоми захворювання різні, перш за все це втома, дефіцит енергії, сонливість, непереносимість холоду, запори, хворобливі менструації і збільшення ваги (навіть при відсутності апетиту). Ці ознаки можуть залишатися непоміченими або бути пов'язані з рядом інших причин, наприклад, стресом, депресією або перевтомою.

В процесі розвитку недуги симптоми починають наростати. У більшості хворих може сповільнюватися пульс, шкіра стає холодною, сухою і починає грубшати, з'являється біль в м'язах, набряки навколо очей, пастозність обличчя. Починає випадати волосся на голові, бровах, інтимних зонах. Голос стає хрипким і трохи грубим, а рефлексии млявими.

Харчовий раціон при гіпотиреозі - це комплекс правил, спрямованих на відновлення роботи щитовидної залози, яких варто дотримуватися. Дієта Мері Шомон при гіпотиреозі складена американською письменницею, а її книга стала бестселером - «Дієта при гіпотиреозі». Автор сама зіткнулася з хворобою

щитовидної залози та стверджує, що з дієтою стикалося більшість пацієнтів. Вона витратила багато зусиль на те, щоб розібратися у проблемі, і прийшла до висновку, що порушення обміну речовин не обмежуються нестачею тироксину.

Автор дієти пропонує такий розрахунок калорійності харчування - вага хворого в кілограмах помножити на 25 і відняти 200 ккал. Це добова доза калорій і виходячи з цих розрахунків, можна скласти меню і підібрати продукти, не перевищуючи рекомендованої калорійності. Їсти потрібно маленькими порціями, кілька разів на день використовуючи йодовану сіль. Для повноцінного засвоєння йоду рекомендується приймати вітаміни А, вітаміни групи В, С, Е, D і цинк. Добова норма йоду повинна становити 150 мкг.

Для щитовидної залози корисно вживати морепродукти (кальмари, креветки, мідії) та найбільше його міститься в морській рибі. Харчування має включати страви з різних видів м'яса та молочних продуктів, свіжі фрукти, овочі (буряк, моркву, помідори, картоплю), салати, особливо з морської капусти. Корисними будуть червоні і бурі водорості, гречана крупа, волоські горіхи, риб'ячий жир, курячий жовток і печінка. Сухофрукти, які містять велику кількість йоду - інжир, курага, фініки.

У реабілітаційному процесі хворому на гіпотиреоз слід виключити з раціону продукти, які перешкоджають нормальному засвоєнню йоду, а саме соя, арахіс, просо, капуста білокачанна, брюссельська, цвітна, шпинат, персики, груші, редиску, гірчицю, ріпу, брюкву, кукурудзу і боби. Борошняні продукти, випічку і солодощі краще вживати в мінімальній кількості.

Список літератури

1. Ротонді М., Магрі Ф., Чіовато Л. Щитовидна залоза та ожиріння: не одностороння взаємодія. *Дж. Клін. ендокринолог. Метаб.* 2011 рік; 96 :344–346. doi: 10.1210/jc.2010-2515. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

2. Міхалакі М.А., Вагенакіс А.Г., Леонарду А.С., Аргенту М.Н., Хабеос І.Г., Макрі М.Г., Псирогіанніс А.І., Калфаренцос Ф.Е., Кіріазопулу В.Е. Функція щитовидної залози у людей із патологічним ожирінням. *Щитоподібна*

Юрій МОСЕЙЧУК

доктор пед.наук, професор, завідувач кафедри фізичної культури

та основ здоров'я,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Яна ЄРЕМІЯ

асистент кафедри фізичної культури та основ здоров'я,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМУ МЕТОДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Підготовку майбутніх учителів фізичної культури до реалізації здоров'язбережувальних технологій у закладах освіти потрібно розглядати як складний системний об'єкт, який не піддається безпосередньому прямому спостереженню, а потребує спеціальних теоретичних методів дослідження.

Пріоритетність формування відповідального ставлення до здоров'я як вищої індивідуальної і суспільної цінності акцентовано відображається в Конституції України, Законі України «Про освіту», концепції національної безпеки України. Підтвердженням цього є найважливіші стратегічні завдання, які визначені національними програмами «Освіта (Україна ХХІ століття)» і «Діти України», Національною доктриною розвитку освіти і програмою «Здоров'я нації».

Дослідження багатьох науковців, проведені у вищих навчальних педагогічних закладах, вказують на те, що «випускники педагогічних навчальних закладів не завжди володіють необхідним обсягом знань про здоров'я, не одержують у студентських аудиторіях і на практиці достатню

підготовку з організації й методики культурологічного навчання й виховання з питань здоров'я школярів» [3, с. 42].

Теоретико-методологічною основою підготовки майбутніх учителів фізичної культури слугують загальнонаукові, дидактичні й специфічні педагогічні принципи побудови концепції професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури, як базового підґрунтя, для формування готовності до здійснення саме практичної здоров'язбережувальної діяльності у закладах освіти.

Загальні педагогічні принципи підготовки майбутніх учителів фізичної культури до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах стосуються принципів оволодіння студентами навчальної інформації, заснованих на положеннях педагогіки та педагогічної психології. [2, с. 165-166].

Дидактичні принципи підготовки майбутніх учителів фізичної культури до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах, до яких віднесено принципи науковості, систематичності і послідовності, зв'язку освіти з життям, єдності навчання, виховання і розвитку, зв'язку теорії з практикою, використання міжпредметних зв'язків, доступності, знаковоконтекстного навчання, спрямовані на формування змісту підготовки та організації навчально-виховного процесу [2, с. 171].

Реалізація здоров'язбережувальних технологій у професійній діяльності майбутніх учителів фізичної культури передбачає виконання таких завдань:

1) забезпечити гармонійне поєднання загальнокультурного і професійного становлення майбутнього учителя, готового до реалізації здоров'язбережувальних технологій у професійній діяльності;

2) сформувані у майбутніх студентів сучасні уявлення про теоретичні та практичні шляхи вирішення проблем здоров'язбережувальної педагогіки, розвинути здатність до інноваційної діяльності стосовно збереження та зміцнення здоров'я у закладах освіти;

3) розвинути у майбутніх учителів фізичної культури якості толерантної, гуманної, творчої, відповідальної й ініціативної особистості, що дозволить гармонійно поєднати в собі прагнення до духовного, психічного, фізичного та культурного саморозвитку, свідоме ставлення як до власного здоров'я;

4) підготувати майбутніх учителів фізичної культури до нових соціально економічних умов на ринку праці.

Важливо, що зміст професійної підготовки по реалізації здоров'язбережувальних технологій у вищих навчальних закладах має постійно змінюватись і оновлюватись. Використання розглянутих принципів дозволить створити не тільки цілісну концепцію професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури до реалізації здоров'язбережувальних технологій в навчальних закладах, але і поглибити поєднання таких основних положень:

1. Формування а також удосконалення підготовки нового покоління педагогів, майбутніх учителів фізичної культури готових до реалізації здоров'язбережувальних технологій та вирішення пріоритетних завдань здоров'язбереження в загальноосвітніх навчальних закладах.

2. З урахуванням тенденцій до інтеграції України в європейський освітній простір формування конкурентоспроможного майбутнього фахівця, підготовка якого повинна сприяти розвитку його особистісних якостей, самореалізації, навчанню протягом усього життя, мобільності а також розвитку творчих аспектів у професійній сфері.

3. Розкриття теоретико-методологічної основи підготовки майбутніх учителів біології до реалізації здоров'язбережувальних технологій, на основі принципів гуманізації, диференціації, стандартизації, багаторівневості, індивідуалізації а також безперервності.

4. Суб'єкт-суб'єктна взаємодія учасників навчального процесу, яка є основою підготовки майбутніх учителів фізичної культури до реалізації здоров'язбережувальних технологій, застосування викладачами актуалізації змісту природничих дисциплін, спрямованості на здоров'язбережувальну діяльність в закладах освіти.

Список літератури

1. Горащук В.П. Теоретичні і методологічні засади формування культури здоров'я школярів: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступ. докт. пед. наук: 13.00.01 «Загальна педагогіка та історія педагогіки». – Харків, 2004. – 58 с.

2. Глагощук О.Г. Педагогічні умови вдосконалення культури зміцнення здоров'я студентів в системі фізичного виховання у вищому навчальному закладі: автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.02 «Теорія і методика навчання (фізична культура, основи здоров'я)».– Київ, 2008. – 20 с.

3. Гончаренко М.С. Валеологічні аспекти формування здоров'я у сучасному освітянському процесі // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2006. – № 12. – С. 39–43.

Юрій ПАЛІЧУК

к.пед. н., доцент,
доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини,
Буковинський державний медичний університет

СПЕЦИФІКА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА ЗВО

Здоров'язбережувальна освіта, на нашу думку, можлива тільки за умови створення в навчальному закладі сприятливого здоров'язбережувального середовища, що забезпечує збереження і розвиток здоров'я студентів [3]. Істотними ознаками такого середовища є соціально-медичні, психофізіологічні і педагогічні умови. Єдність цих умов у часі й освітньому просторі дає змогу визначити здоров'я студента як цілісне медико-психолого-педагогічне явище.

На жаль, в Україні спостерігається тенденція слабого впровадження питань здоров'язбереження в компоненти освітнього простору [2].

Таким чином, урахування психологічної характеристики цього вікового періоду молодих людей є важливим етапом під час проектування технології здоров'язбережувального освітнього процесу.

Важливим засобом технології здоров'язбереження в ЗВО є фізичне виховання, що передбачає:

- виховання в студентів високих моральних і фізичних якостей;
- збереження і зміцнення здоров'я, сприяння правильному і всебічному розвитку організму, підтримку високої працездатності протягом усього періоду навчання;
- формування необхідних знань з основ теорії, методики й організації фізичного виховання і спортивного тренування [4].

Водночас слід зазначити, що програма з фізичного виховання у багатьох ЗВО представлена в загальному вигляді. Не визначені етапи впровадження, засоби і методи професійно-прикладної фізичної підготовки відповідно до особливостей економічної діяльності випускників, відсутні методичні рекомендації із цілеспрямованого використання засобів фізичної культури в становленні особистості професіонала.

Відомо, що від рівня загальної фізичної підготовленості залежить оволодіння багатьма спеціальностями, при цьому попереднє спеціальне тренування позитивно впливає на стійкість фізичної працездатності протягом трудового дня. Водночас є дані про нерівнозначний вплив фізичної підготовки на успішність освоєння професії, на рухові функції, до яких професія висуває високі вимоги.

Аналіз наукових джерел, опитування студентів і викладачів з фізичного виховання показали, що наукове обґрунтування фізичної підготовки для працівників окремих галузей промисловості зумовлює необхідність:

- вивчення вимог з боку виробничої діяльності до фізичної і психічної підготовленості фахівців;

- визначення шляхів реалізації цих вимог засобами, методами фізичного виховання.

У численних експериментальних дослідженнях [1, 3] доведена необхідність розвитку й удосконалення професійно важливих фізичних і психічних якостей і навичок засобами фізичного виховання. Однак основні рекомендації в цих дослідженнях сформульовані для спеціальностей, далеких за своїм змістом й умовами праці від професій, пов'язаних з розумовою працею.

Таким чином, реалізація здоров'язбережувальних технологій у ЗВО припускає не шаблони, а варіанти, вибір, оптимальних умов її функціонування. Необхідне дотримання принципів і облік сутнісних характеристик здоров'язбережувальних освітніх технологій, їх засвоєння повинне забезпечити відкритий характер навчання, слугувати фундаментом творчої діяльності викладачів, тому що концептуально обґрунтована здоров'язбережувальна технологія – найбільш перспективний напрям і надійний фундамент для формування нового погляду на систему освіти в цілому.

Список літератури

1. Слобожанінов П.А. Застосування здоров'язбережувальних технологій при формуванні культури здоров'я майбутніх лікарів. *«Інноваційна педагогіка»*: науковий журнал Причорноморського науково-дослідного інституту економіки та інновацій, 2020. Випуск 22, Том 4. С. 159-162.

2. Палічук Ю. І. Навчання здоров'язберігаючим технологіям майбутніх лікарів. Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція *«Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я»*. 10 лютого 2022 р. м. Чернівці. С. 118-120

3. Палічук Ю. І. Формування мотивації до здоров'язбереження студентів ВНЗ. *Історичні, теоретико-методичні, медико-біологічні аспекти фізичної культури і спорту*: матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. (5- 6 квіт. 2016

р.). Чернівці, 2016. С. 265 –269.

4. Палічук Ю. І. Модель здоров'язбережування в навчально-виховному процесі вищої економічної школи. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології* : зб. наук. пр./СумДПУ ім. А. С. Макаренка. Суми, 2014. № 6(40). С. 230 – 236.

Людмила РОМАНІВ

к.мед.н., доцент,
доцент кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги,
Чернівецький національний університет ім.Ю.Федьковича

Ольга ПІШАК

д.мед.н., професор,
професор кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги,
Чернівецький національний університет ім.Ю.Федьковича

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Стан здоров'я населення є одним із показників відображення соціально-економічного рівня розвитку держави. Саме стан здоров'я студентської молоді є фундаментом для формування потенціалу розвитку нашої держави. Одним з основних векторів здорового способу життя у студентів вважається запровадження здоров'язбережувальних технологій у закладах вищої освіти [1, с.23]. Мета здоров'язбережувальних освітніх технологій – забезпечення умов фізичного, психічного, соціального та духовного комфорту, що сприяють продуктивній навчально-пізнавальній та практичній діяльності учасників освітнього процесу, заснованій на науковій організації праці та культури здорового способу життя особистості.

Здоровий спосіб життя характеризується складовими, важливе місце серед яких займає рухова активність. Засобами фізичного виховання можна забезпечити достатню кількість рухової активності для різних вікових груп. Фізичне виховання являє собою систему соціально-педагогічних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, загартування організму, гармонійний розвиток форм, функцій і фізичних можливостей людини, формування важливих для життєдіяльності рухових навичок та вмінь [2, с.12]. Сприятливим підґрунтям для відтворення здорового способу життя, формування самозбережувальної поведінки виступає здорове соціальне середовище, яке ставить знак рівності між потребами людини і суспільства, опосередковує наявність соціальних норм і цінностей. Власне уся система аудиторних занять та позааудиторних заходів спрямована на підтримку середовища, де здоров'я — найвища цінність. Зміст, методи, форми і засоби здоров'язбережувальної діяльності реалізуються через використання принципів науковості, цілісності, системності, відкритості, оптимальності, варіативності, об'єктивності, превентивності, послідовності. Виступаючи не самоціллю, а засобом для досягнення мети, формат використання технологій індивідуалізований. Кожен викладач, як правило, поєднує їх із традиційними та інноваційними педагогічними технологіями [2, с.243], враховуючи інтелектуальний потенціал аудиторії, форму занять, завдання.

Навчання студентів здоров'язбереження у системі освіти включає не лише процес оволодіння предметними знаннями і життєво важливими компетентностями, а й формування відповідних життєвих цінностей, результатом яких є їхня здатність самостійно «управляти» своїм здоров'ям, проводити діагностичні, профілактичні, а за потреби і реабілітаційні та корекційні заходи. Проектування процесу здоров'язбережувального навчання студентів вимагає розроблення спеціальних здоров'язбережувальних методик і технологій для використання у закладах освіти [3, с. 9].

У Чернівецькому національному університеті імені Ю.Федьковича з 2021 року викладається предмет «Здоров'язбережувальні технології та домедична

допомога» і є обов'язковою навчальною дисципліною. Цей предмет є важливим для розуміння здобувача вищої освіти за спеціальностями «початкова» та «середня освіта» про здоров'язбережувальну діяльність вчителя і включає загальні відомості про здоров'я людини, чинники, які на нього впливають, здоровий спосіб життя та його компоненти, профілактику окремих хвороб, надання домедичної допомоги при загрозованих життю та здоров'ю станах. Упровадження здоров'язбережувальних технологій відбувається на основі психолого-педагогічних і медико-педагогічних підходів [4, с. 89]. Перший спрямований на пропаганду здорового способу життя, використання педагогічних і психологічних прийомів щодо запобігання фізичного перевантаження й стресогенних ситуацій у освітньому процесі. Медико-педагогічний підхід ґрунтується на необхідності формування в студентів і викладачів компетентності з безпеки життєдіяльності й охорони та гігієни праці, що вможливить збереження й збільшення їхніх життєвих сил у аудиторній роботі, дозволить свідомо використати отримані вміння й навички самостійно в позаурочній діяльності, у професійному та особистісному житті [3, с.45].

Список літератури

1. Рибалко Л.М. Формування готовності майбутніх фахівців з фізичної культури і спорту до провадження здоров'язбережувальних технологій. *Вісник національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка* : збірник наук. Праць. 2019. С. 201-208.
2. Володимир Пристинський, Тетяна Пристинська. Формування валеологічного світогляду людини засобами фізичної культури і спорту: монографія. Слов'янськ, 2022. 315 с.
3. Осадца В.М. Здоров'язбережувальні технології в освітньому середовищі: колективна монографія [за заг. ред. Л.М. Рибалко]. Тернопіль, 2019. 400 с.

4. Поташнюк І.В. Теоретичні і методичні засади застосування здоров'язбережувальних технологій навчання учнів у загальноосвітніх навчальних закладах: дис.... докт. наук: 13.00.02. Київ, 2012. 507 с.

Дмитро СОВТИСІК

к. біол. н., доцент,

доцент кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних

основ фізичного виховання,

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Артем БОГУЦЬКИЙ

студент 2 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

ЗАСТОСУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

За останнє десятиліття значно виросла кількість людей з дефектами зору. Гіподинамія, дефіцит рухів сучасної людини неминуче згубно відбиваються на функціональних властивостях зорового апарату. Поганий зір може бути у людини з добрим рівнем здоров'я і нормальною роботою всіх органів організму. До погіршення зору веде будь-яке напруження: фізичне, пов'язане з тонусом м'язів, психічне, пов'язане з нервовою системою, емоціональне – з порушенням фізичних ритмів. Надмірні навантаження, пов'язані з роботою на комп'ютері, великий інформаційний потік та розумове напруження також призводить до різних захворювань очей [2, с.38]. Серед різних захворювань у студентів найбільш розповсюдженим є захворювання міопією, або короткозорістю, в результаті якої люди погано бачать віддалені предмети. Міопія частіше розвивається в шкільні роки [3, с.100], а також під час навчання у вузі, і пов'язана головним чином з тривалістю зорового навантаження на близькій відстані, особливо при неправильному освітленні та поганих гігієнічних умовах. Особливо часто погіршення зору відбувається у першокурсників і

швидше всього це пов'язано із зміною режиму дня, інтенсивним навантаженням, зменшенням часу для сну [5, с.77].

Погіршення в харчуванні призводять до недостатності певних мікроелементів, вітамінів, необхідних для живлення оболонки ока і сітківки. Патологічні процеси в організмі можуть впливати не тільки на склеру, але й на цилиарний м'яз ока, який може ослабнути в результаті недостатньої тренуваності й зниження кровопостачання, що дозволяє оцінити значення фізичної терапії в комплексі здоров'язберігальних технологій щодо профілактики короткозорості та її прогресування. Ослаблення цилиарного м'яза ока можна корегувати за допомогою спеціальних фізичних вправ, призначених для зміцнення м'язів ока [3, с.100]. Тому актуальною є розробка здоров'язберігаючих технологій в офтальмології, при різних патологічних змінах в органах зору.

Головною метою роботи є обґрунтування програми та методики з фізичної терапії як основної здоров'язберігаючої технології при міопії, якою страждають студенти. Для досягнення цієї мети були поставлені такі завдання:

- виявити основні причини і фактори, які впливають на розвиток процесів, що призводять до міопії у студентів;
- сформувати комплекс фізичних вправ та методів для профілактики та покращення зору в спеціальних медичних групах, а також визначення їх ефективності в умовах студентського життя.

В ході дослідження використовувались такі методи:

- аналіз інформації з існуючої проблеми;
- анкетування і опитування студентів;
- педагогічне та лікарське спостереження.

Дослідження проводились у три етапи:

- на першому етапі була відібрана група студентів, які страждають від міопії. Виявлена ступінь захворювання, рівень фізичного розвитку, встановлені чинники, що впливають на погіршення стану органів зору;

- на другому етапі була сформована дієва програма з терапевтичних вправ;

- на третьому етапі – виявлена її дієвість.

. Як правило, до занять спортом не допускаються особи, які мають короткозорість більше 3 діоптрій. В той же час, як показують дослідження, помірні навантаження, заняття масовими, але не травматичними видами спорту можуть сприяти покращенню зору або зупинити прогресування захворювання. Для покращення стану очей лікар визначає програму здоров'язберігального лікування. Важлива роль в одужанні чи зупинці погіршення зору належить терапевтичним вправам. Вони покликані вирішувати наступні завдання: загальне зміцнення організму, активація функцій дихальної і серцево-судинної систем, зміцнення м'язово-зв'язкового апарату, покращення кровопостачання тканин ока, зміцнення м'язів очей. Не останню роль для студентів, що страждають міопією, відіграє коригуюча гімнастика і формування навички правильної постави. Зазвичай причиною виникнення і наступного прогресування міопії є різні захворювання хребта, або його травми, в тому числі і пологів [4, с.115]. У фізичній терапії, що використовується для корекції міопії, виділяють профілактичну і лікувальну гімнастику [5, с. 77]. Профілактична гімнастика для очей полягає у виконанні фізичних вправ 3-4 рази в тиждень з метою тренування внутрішніх, циліарних, м'язів (переведення погляду з близького предмету на далекий, гімнастика для брів, письмо носом, моргання, стискування очей, фіксація погляду і т.п.). Безпосередньо лікувальна гімнастика підбирається лікарем-офтальмологом і рекомендована для щоденного виконання. При слабкому супені міопії рекомендований один і той же комплекс вправ, тривалість занять не менше трьох місяців. Підготовчий період складає 12-15 днів і полягає у виконанні загальнорозвиваючих вправ з поступовим збільшенням спеціальних рухів для м'язів –розгиначів тулуба і голови. Спеціальні вправи полягають в освоєнні техніки правильного дихання і коригуючих рухів. Основний період триває 2,5 – 3 місяці і направлений на покращення кровопостачання тканин ока, покращення обмінних і трофічних

процесів в оці і склері.. У лікуванні міопії можливе використання методу У. Бейтса [1, с. 12], який розробив комплекс вправ, що тренують очні м'язи, масують кришталик, покращують, кровопостачання і живлення ока. В якості лікувальної гімнастики деякі спеціалісти використовують методики відновлення зору, популярні в системі йоги, які полягають переважно в методиках фіксації погляду на різних предметах і горизонті, в поєднанні з загальним оздоровленням організму з допомогою фізичного тренування. Достатньо ефективний метод корекції зорової рефракції – метод акомодатції, оснований на щоденному виконанні спеціального комплексу вправ. Таким чином:

1. Головними причинами, що впливають на розвиток міопії, є зростання напруження зорових аналізаторів під час навчання у вузі, малорухливий спосіб життя, недостатні заходи з профілактики міопії.

2. Оздоровче тренування спеціальної спрямованості значно уповільнюють патологічні процеси при міопії.

3. Будь-які терапевтичні вправи для покращення зорової рефракції необхідно виконувати після консультації лікаря-офтальмолога і проведеного ним комплексного обстеження стану очей.

Список літератури

1. Бейтс У., Корбетт М.Д. Покращення зору без окулярів за методом Бейтса. Як придбати гарний зір без окулярів. Вільнюс: Поліна, 1990. С. 272.

2. Бутов Р.С. Клініко-фізіологічне обґрунтування засобів фізичної реабілітації при порушеннях зору у дітей шкільного віку. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання та спорт і здоров'я людини. Національний університет імені Івана Огієнка. Кам'янець-Подільський, 2011. Вип.4. С. 38-44.

3. Данків А. Корекція адаптаційних можливостей дітей з вадами зору хореографічними вправами. Вісник Прикарпатського національного

університету імені Василя Стефаника. Івано-Франківськ, 2006. Вип. 3. С. 99-102.

4. Єпанєшнікова Д. Особливості використання методів і засобів фізіотерапії у дітей 7-12 років при міопії. Наукове видання «Вища освіта – студентська наука – сучасне суспільство : Напрями розвитку»: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (Київ , 5 бер. 2019 р.). Київ, 2019. С.115-117.

5. Поліщук Л.М. Оптимізація працездатності фахівців на етапі професійної підготовки при міопії засобами фізичної реабілітації . Молодий вчений. 2016. №11.1 (38.1). С. 77-80.

Іванна СТАРОКОЖКО

студентка 1 курсу спеціальності «227 Фізична терапія, ерготерапія»

Валерій ЖАМАРДІЙ

д. пед. н., доцент,

доцент кафедри фізичної та реабілітаційної медицини,

Полтавський державний медичний університет

REHABILITATION IN HUMANS LIFE AFTER ABDOMEN SURGERY

Recovery after abdominal surgery is multifaceted and requires input from a variety of health professionals. Recovery is not a concept that is well defined for healthcare professionals or for patients. Recovery has been previously described as a return to normality and wholeness through an energy requiring process and involves multiple domains, namely physical, physiological, psychological, social and economic.

Physiotherapy aims to facilitate recovery from surgery by preventing or remediating post-operative complications and providing physical rehabilitation to

assist a return to pre-morbid physical function, and whilst primarily focussing on physical rehabilitation, physiotherapy may impact on a number of the other domains. Rehabilitation commences, where possible, preoperatively and continues throughout the acute and sub-acute post-operative period and may extend beyond hospital discharge into community-based or ambulatory care to assist with a return to normal activities of daily living and function [2].

Simple surgery and abdominal surgery they have difference between them. Simple surgery you can do at any part of your body and abdominal surgery only on the stomach part. Abdominal surgery includes any type of surgery that involves opening the abdomen area. The main types of abdominal surgery include.

Laparotomy: opening the abdominal cavity during surgery to identify any bleeding or damage in the area. The abdominal cavity contains organs such as the stomach, liver, gallbladder, spleen, pancreas, small and large intestines and kidneys. Surgery can therefore involve any of the above organs if necessary.

Appendectomy: the abdominal cavity is opened and the appendix removed. This may be due to appendicitis (inflammation of the appendix) or before a different abdominal procedure.

Laparoscopy: this type of surgery is minimally invasive and small incisions (cuts) are made in the abdomen to insert tiny cameras which help the surgeon identify any problems.

Cholecystectomy: this is removal of the gallbladder by laparoscopic surgery and is the most common minimally invasive surgery [3].

In rehabilitation we have two ways: early rehabilitation and post rehabilitation. Before the surgery, patients need a proper advice and preparation both physically and psychologically in order to be ready for the procedure. Pre-surgery program focuses on preventing complications that may arise after the operation. The most important physical preparation before surgery is a breathing exercise that helps increase lungs and respiratory performances. The effective method is to inhale using the diaphragm muscle and exhale through pursed lips. The patient can practice this by drawing a

deep breath through the nose slowly as the stomach inflates and the lungs expand to the maximum capacity [1].

Patients should resume the breathing exercise as soon as they wake up. In addition, each patient should start making simple movements – sit up, stand, and walk – as soon as possible to help all the body functions recover and quickly return to normal. It is necessary for the patient to follow these instructions below: exercises and movements on the bed. Start light exercises to prepare the body and muscles for harder activities such as standing and walking, especially for leg and ankle muscles – by flexing the feet up and down to increase blood flow and prevent blood clot in the veins.

Getting out of bed the right way. It is necessary to practice how to get out of bed properly once the doctor allows the patient to start sitting next to the bed or walking. This will help lessen any impact on the wound and reduce the pain.

Preparation to return home. When the doctor allows the patient to go home, the patient will receive guidelines from a team of multidisciplinary specialists on how to continue recuperation at home such as how to return to the daily routine, how to choose the right diet, preparation to return to work, etc and rehabilitogy will help you.

References

1. Gibson Barbara E., Teachman Gail. (2012). Critical approaches in physical therapy research: Investigating the symbolic value of walking. *Physiotherapy Theory and Practice*. 28(6):474–484. doi:[10.3109/09593985.2012.676936](https://doi.org/10.3109/09593985.2012.676936)
2. Patton N., Higgs J., Smith M. (2013). Using theories of learning in workplaces to enhance physiotherapy clinical education. *Physiotherapy Theory and Practice*. 29(7):493–503. doi: [10.3109/09593985.2012.753651](https://doi.org/10.3109/09593985.2012.753651)
3. Reeve J., Boden I. (2016). The physiotherapy management of patients undergoing abdominal surgery. New Zealand. *Journal of Physiotherapy*. 42(1):33–49.

Наталія СТРАТІЙЧУК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії
та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Наталія КОЗІК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії
та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ЗНЕБОЛЮЮЧИЙ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИЙ ЕФЕКТ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Організм кожної людини – найбільш досконалий механізм, створений природою, що володіє здатністю до самовідтворення, самолікування і саморозвитку. Проте при значних навантаженнях та патологічних станах він потребує підтримки. В процесі розвитку медичної та реабілітаційної допомоги ведеться пошук нових методів та засобів лікування та відновлення. Одним із таких методів є кінезіотейпування .

Кінезіотейпування (від «kinesio» – рух і «tape» – стрічка) – це метод наклеювання спеціальної еластичної липкої стрічки – кінезіотерапевтичного тейпа, магнітних дисків, перфорованих (кростейпів, панчтейпів), чи Phiten тейпів для точкового рефлекторного впливу. Сьогодні кінезіотейпування, як інноваційна сучасна немедикаментозна методика, все частіше використовується в різних сферах медичної практики [2, с. 124]. Проводиться пошук нових варіантів використання та модифікацій техніки накладання тейпів. Фізичні якості тейпів наближені до параметрів розтягування шкіри за рахунок спеціального еластичного шару. Тейпування дозволяє тонізувати або розслабляти м'язи, усувати біль, зміцнювати суглоби, знімати набряки. Такі властивості тейпових стрічок, особливо магнітних та Phiten тейпів використовуються у неврологічній практиці для зменшення чи подолання больового синдрому та запальних явищ при невритах трійчастого та лицевого

нервів. В результаті багаторічних досліджень було доведено, що аплікації дискових магнітних та кростейпів зменшують потік больових відчуттів, забезпечують покращення потоку енергії, рухливості тканин, зменшують набряк, покращують лімфоток та гемо перфузію [1,с.20].

У комплексній реабілітації пацієнтів поряд із численними засобами та методами, які допомагають відновити функціональний стан пацієнта ми дослідили використання кінезіотейпування магнітними тейпами у пацієнтів із запаленням трійчастого нерва.

Метою дослідження стало з'ясування ефективності немедикаментозного знеболення та зменшення вегетативних проявів у пацієнтів із запаленням трійчастого нерва та обґрунтування можливостей терапевтичного тейпування у фізичній реабілітації пацієнтів неврологічного профілю.

Предметом дослідження стали особливості використання терапевтичного кінезіотейпування у фізичній реабілітації пацієнтів з невритом лицевого нерва.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури щодо можливостей застосування терапевтичного кінезіотейпування при реабілітації пацієнтів з невритом лицевого нерва, клінічні дослідження. Практичне значення дослідження і отриманих результатів полягає у пошуку оптимального використання засобів кінезіотейпінгу при фізичній терапії пацієнтів неврологічного профілю.

Методика кінезіотейпування широко використовується у реабілітаційній практиці неврологічних захворювань. Її застосовують при міофасціальних та цервікогенних больових синдромах, тунельних нейропатіях і реабілітації після інсульту. Призначають тейпування при неврологічних проявах остеохондрозу відділів хребта, грижах міжхребцевих дисків.

Клінічні дослідження проводились у 4 пацієнтів 54-65 років (з них 3 жіночої та 1 чоловічої статі) в період гострого болю. Клінічні симптоми проявлялися різким нападopodobним болем у половині обличчя. У двох пацієнтів біль мав велику інтенсивність в районі верхньої щелепи з локалізацією в зубах, оці, з вираженим набряком повік, почервонінням ока та

сльозотечею. У 3 пацієнтів біль та парестезії локалізувалися в області середньої та нижньої гілок трійчастого нерва. У всіх пацієнтів болючими була ділянка проекції трійчастого вузла. Пацієнтам накладалися дискові магнітні тейпи на точки виходу гілок нерва, та проекцію трійчастого вузла. На область крила носа з відповідного боку накладався крос-тейп, що зменшувало інтенсивність ринореї. У двох пацієнтів спостерігалось значне зменшення больового синдрому впродовж 1-1,5 години, у всіх пацієнтів зменшились больові відчуття протягом 6 годин з моменту накладання тейпу без повторних нападів болю. У пацієнтів з вираженими симптомами набряку повік, почервоніння ока та сльозотечею протягом 2-х годин інтенсивність симптомів зменшилась. Симптоматика припинилася через 3 години. Максимальний терапевтичний і знеболюючий ефекти від тейпування спостерігався в перші дні носіння кінезіотейпу (3-5 днів).

Дослідження показало, що кінезіотейпінг викликає знеболення у місці аплікації в точках виходу нерва, зменшення вегетативної симптоматики. Ефект від впливу аплікації кінезіотейпу підтверджує обґрунтованість його застосування під час больового нападу при невриті трійчастого нерва.

Список літератури

1. Василевский, С. С., & Крючок, В. Г. Механизмы действия оригинальных кинезиотейпов. «K-Active». *Информ. вісник. Фізіотерапія та реабілітація*. 2012. С. 20–23.
2. Григус І. Сучасні уявлення щодо застосування засобів фізичної реабілітації у спортсменів з пошкодженням зв'язкового апарату колінного суглоба. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал*. 2015. Вип. 19. С. 124–129.

Тетяна ТЕМЕРІВСЬКА

к.пед. наук, доцент кафедри фізичної реабілітації,

ерготерапії та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
Максим ТКАЧУК
магістрант 5 курсу кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії
та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ВИКОРИСТАННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ПІДТРИМАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РІВНОВАГИ

У сучасному світі людина стикнулася з проблемою гіпокінезії. Гіпокінезія (від грец. *huro* - зниження, недостатність та *kinesis* - рух) - це особливий стан організму, що виникає внаслідок недостатньої рухової активності. В окремих випадках це може призвести до гіподинамії. Гіподинамія (від грец. *huro* - зниження, недостатність та *dinamis* - сила) - це сукупність негативних змін в організмі людини в результаті тривалої гіпокінезії. Як наслідок порушується нормальна робота всіх органів та систем організму.

Сучасна людина відчуває «рухове голодування». Негативні наслідки недостатньої рухової активності найбільше позначаються на організмі дітей та підлітків. Унаслідок гіпокінезії виникає так звана «атрофія органів від невикористання». Насамперед це стосується скелетних м'язів і м'язів серця.

Рухова активність - невід'ємна частина поведінки людини. Вона повинна забезпечувати нормальне функціонування систем організму і збереження здоров'я. Рухова активність є генетично обумовленою і відповідає певному обсягу добової фізичної роботи. Також немає загальноприйнятої оцінювальної шкали рухової активності. Вирішуючи проблему активізації і позитивного відношення студентів до занять у ЗВО, багатьма авторами вивчаються шляхи організаційного реформування діяльності.

Рухова активність впливає також на психологічне та соціальне благополуччя людини. Фізично активна людина має значно більше шансів бути психічно здоровою й соціально успішною.

Уся рухова активність людини розподіляється на п'ять рівнів: базовий, сидячий, малий, середній і високий. Кожному рівню відповідають певні види фізичної активності, а саме:

- до базового рівня (БР): сон, відпочинок лежачи;
- до сидячого рівня (СІР): перегляд телепередач, читання, підготовка до занять, їзда сидячи, настільні та комп'ютерні ігри, прийом їжі і т.п.;
- до малого рівня (МР): особиста гігієна, стан із невеликою рухливістю, навчальні заняття, пересування усіма видами транспорту та пішки;
- до середнього рівня (СР): домашня робота по господарству, прогулянки, ранкова гімнастика;
- до високого (ВР): участь у спеціально організованих заняттях фізичними вправами, танці, інтенсивні ігри, біг, катання на ковзанах, роликах, велосипеді і т.п.

Найбільш ефективною формою відпочинку і відновлення працездатності як розумової так і фізичної вважається активний відпочинок. Особлива роль належить м'язовій діяльності, в процесі якої в роботу задіюються нервові центри, відміні від тих, які задіяні при різних формах інтелектуальної діяльності. Перемикання із розумової роботи на фізичну дозволяють, по-перше, зберігати і покращувати діяльність організму в цілому, по-друге, удосконалювати координаційні механізми в його функціонуванні.

Вище наведені факти необхідно враховувати при подальшій роботі із студентами в період збільшення самостійності студента в підготовці до занять і неадекватність інтелектуального навантаження в умовах навчання може привести до зниження рухової активності.

Рухова активність є одним із найважливіших чинників підтримання загального благополуччя. Вона впливає на всі аспекти здоров'я — фізичне, психологічне і соціальне, розвиває м'язи, допомагає підтримувати ідеальну вагу, зменшує ризик виникнення багатьох захворювань.

Фізична активність допомагає підтримувати психологічну рівновагу: зменшує стрес і ризик виникнення депресії, поліпшує роботу мозку, підвищує

самооцінку, вчить досягати успіху, гідно переживати перемоги і поразки, долати тривогу і гнів. Багато видів рухової активності сприяють знайомству з новими людьми, розвитку навичок спілкування і зміцненню стосунків.

Список літератури

1. Андрійчук О., Шевчук А., Самчук О., Хомич А.(2015). особливості фізичного й психологічного компонентів здоров'я студентів залежно від їхніх навч. досягнень . Луцьк, 2015. № 3 (31), 96 – 104.

2. Kelly: Adapted Physical Education National Standards, - Human Kinetics, 2006 г., 191

Тетяна ТЕМЕРІВСЬКА

к.пед. наук, доцент кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Олександр УСТИНЯНСЬКИЙ

магістрант 5 курсу кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії
та домедичної допомоги

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

На сьогоднішній день актуальною медико-соціальною проблемою в Україні є збільшення кількості воїнів АТО молодого і середнього віку, які внаслідок бойових дій і військової травми потребують відновного лікування і тривалої фізичної реабілітації, яка дозволить повернути їх до повноцінного життя. У воєнний час при застосуванні мінно-вибухових пристроїв основне місце займають травми опорно-рухового апарату, які є причинами стійких порушень функцій організму, що ведуть до інвалідності.

Серед травм опорно-рухового апарату переважають пошкодження нижніх кінцівок (60%), найбільш важкі з них – це типові для мінно-вибухових поранень руйнування і відриви і, як наслідок, ампутація нижньої кінцівки. Важливим є і той факт, що інвалідність встановлюється у людей працездатного віку, які до отриманої травми мали достатньо високу якість життя, були соціально затребувані і активні.

За даними літератури, серед учасників АТО, ООС переважають поранення кінцівок – 62,5%. Частота ампутації зберігається досить високою, часто пошкоджується з іншими травмами м'язово-скелетної системи та потребує індивідуального та мульти професійного підходу.

Тому при проведенні комплексної реабілітації постраждалих унаслідок бойових дій і військової травми повинні враховуватися досить високі їх домагання на інтеграцію у суспільство.

Нажаль, після хірургічних втручань, виконаних на професійному рівні, у більшості пацієнтів у післяопераційному періоді спостерігається погіршення стану оперованої кінцівки у зв'язку з прогресуванням основного захворювання. Проблема реабілітації осіб після ампутації нижньої кінцівки до сьогодні залишається складною та актуальною в силу багатofакторності аспектів, що включають вирішення медичних, технічних, відновних, соціально – психологічних завдань та відсутності єдиного організаційного підходу, що об'єднав би ці впливи. Висока розповсюдженість різних патологій зумовлює значний рівень виконуваних ампутацій. Основними проблемами, що виникають внаслідок ампутації нижньої кінцівки є психологічні розлади, суттєве зниження фізичної активності, труднощі соціальної адаптації, фантомний больовий синдром та можливість прогресування основного захворювання, що призвело до ампутації.

Пожиттєве лікування передбачає контроль пацієнта на предмет психосоціальної адаптації, патологій шкіри кукси, болю, скелетно-м'язових порушень, серцево-судинних та інших хронічних захворювань, здоров'я контралатеральної кінцівки і забезпечення використання відповідного взуття.

Вітчизняна система реабілітації осіб після ампутації нижніх в більшості випадків обмежується лише механічним протезуванням. Використання протезів без попереднього курсу реабілітаційних заходів часто супроводжується захворюваннями кукси, тривалим збереженням больового синдрому, що не дозволяє досягнути адекватного рівня фізичної активності.

Список літератури

1. Герасименко О. С. Обстеження осіб першого зрілого віку після ампутації нижньої кінцівки на рівні гомілки / Герасименко О. С. // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / заг. ред. Євгена Приступи. – Л., 2010. – Вип. 14, т. 3. – С. 56 – 61.

2. U.S. Department of Veteran Affairs, Department of Defense. Rehabilitation of Lower Limb Amputation. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/amp/> Accessed: September, 2017

3. VA Amputee Data Repository. VHA Support Service Center. January 2017

Інна ХРИПКО

кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри здоров'я, фітнесу та рекреації

Національного університету фізичного виховання і спорту України

Анжела МЕДВІДЬ

викладач кафедри фізичної культури та основ здоров'я

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Микита МЕДВІДЬ

магістрант спеціальності «Середня освіта. Фізична культура»

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕННЯ РУХЛИВИХ ІГОР З ДІТЬМИ ПРИ ОЖИРІННІ

Малорухливий спосіб життя та низький рівень рухової активності є важливими факторами зростання поширеності ожиріння серед дітей та підлітків [1,2]. Таким чином, стратегії збільшення рухової активності є одним із ключових елементів у лікуванні дитячого ожиріння разом із змінами в харчовій поведінці [3].

Хоча втрата ваги, безпосередньо пов'язана із збільшенням рухової активності, може бути незначною, через те що рухова активність ще більше посилює негативний енергетичний баланс і може зберегти безжирову масу, яка зазвичай втрачається під час дієтичного обмеження [4, 5]. Крім того, участь у руховій активності може покращити психологічне благополуччя та серцево-судинну форму [3, 5].

Рухливі ігри є пріоритетним видом рухової активності для дітей як задля фізичного так і задля психічного стану. У дитячому віці ігри виробляють у дитини такі цінні якості, як фізична і психічна стійкість, швидкість, спритність, гнучкість, наполегливість у досягненні мети, спостережливність. Дуже вірно визначив значення ігор для дитини Лесгафт, сказавши, що гра є вправа, за допомогою якого дитина готується до життя. Цінність рухливих ігор не лише у тому, що вони розвивають рухи дітей, а й у тому, що спонукають дітей бути активними, діяльними, міркувати, досягати успіху. Завдяки рухливим іграм увесь організм дитини втягується в роботу, в неї поліпшується апетит і травлення, стає глибшим дихання, зміцнюється нервова система, виховуються такі риси характеру, як дисциплінованість, стриманість тощо[2].

Рухливі ігри для дітей які страждають від ожиріння мають багато переваг перед гімнастичними вправами та є незамінним засобом рухового розвитку дитини.

Добираючи рухливі ігри для дітей, необхідно враховували їхні особливості:

- емоційна насиченість надає рухливим іграм привабливості, мобілізує зусилля дитини, дарує їй радість й задоволення. Емоційне піднесення зростає завдяки наявності в іграх елементів несподіванки та змагання;

- характер рухової діяльності в більшості ігор забезпечує роботу значної маси великих м'язів (біг, стрибки, кидання), що відповідає особливостям рухового апарата дошкільника;

- різноманітність рухів – заміна під час гри одних видів іншими – запобігає швидкому стомлюванню;

- можливість саморегулювання темпу, енергії та тривалості рухів, що робить гру привабливою, рухи легше виконуються;

- можливість для проявів особистої ініціативи дітей, яка активізує рухову творчість;

- наявність передумови для розвитку психічних якостей – комунікабельності, дисциплінованості, сміливості, винахідливості тощо – сприяє моральному становленню дитячої особистості.

Найважливіше те, що фізична активність також відіграє важливу роль у підтримці втрати ваги [4]. Тому дуже важливо мотивувати дітей із ожирінням або тих хто раніше страждав ожирінням дотримуватись рухового режиму з використанням рухливих ігор на свіжому повітрі. Щоб покращити прихильність, важливо зрозуміти конкретні причини, через які дитина із ожирінням не бажають бути фізично активними.

Боротьба з ожирінням у дітей, крім виконання дієтичних рекомендацій, повинна включати підвищення рухової активності. Ефективність рухливих ігор буде вищою у тих випадках, коли, поряд з «гарним» апетитом, велику роль у розвитку ожиріння має низький рівень рухової активності. Вони тісно зв'язані між собою, оскільки багато рухатися дітям з великою масою тіла значно важче, ніж їхнім здоровим одноліткам. Відмовлення від участі в колективних рухливих іграх нерідко сприяє розвитку в повної дитини замкнутості і відчуженості, зменшує впевненість у своїх силах. Варто пам'ятати, що звичка займатися фізичними вправами також формується в дитячому віці.

Рухливі ігри для дітей з ожирінням не повинні бути спрямовані на розвиток сили і витривалості. Потрібно уникати вправ, що сприяють розтягуванню. Збільшення рухової активності відбувається за рахунок, як наростання інтенсивності і складності рухів під час різних рухливих ігор, так і збільшення їхньої тривалості.

Таким чином, залучення дітей з ожирінням до занять рухливими іграми надасть організму могутній оздоровчий вплив і стане важливим фактором попередження серцево-судинних захворювань.

Список літератури

1. Гладченко І. В. Корекційно-виховне значення рухливих ігор в спеціалізованих дошкільних закладах / І. В. Гладченко // Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології: збірник наукових праць / за ред.: Т. В. Сак. – К.: Кафедра, 2011. – Вип. 6. – С. 39–48.

2. Кас'яненко, О. М., & Семенович, Л. П. (2020). Вплив рухливих ігор на розвиток фізичних якостей дітей дошкільного віку з вадами інтелекту. С. 247-249 <http://surl.li/esmcb>

3. Козіброда Л. В. Особливості застосування специфічних засобів фізичного виховання для дітей, що мають відхилення у стані здоров'я (на прикладі дошкільних закладів м. Львова) // Актуальні проблеми розвитку руху «Спорт для всіх» у контексті європейської інтеграції України: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. - Тернопіль, 2004.-385с.

4. МАРЧЕНКО, С. І.; КОСЯК, А. Б. Вплив різних ігрових режимів на розвиток рухових здібностей школярів молодших класів. *Актуальні проблеми фізкультурної освіти*, 2013, 53-56.

5. Сімко А. В. Вплив ігрової рухової активності на психомоторний розвиток дітей дошкільного віку з вадами інтелекту / А. В. Сімко // Актуальні питання корекційної освіти. - 2010. - Вип. 1. - С. 271-278.

Ірина ШАПОВАЛОВА

к.пед.н., доцент

Антоніна ГУРСЄВА

к.фіз.вих., доцент

Олена ЧЕРНЕНКО

к.фіз.вих., доцент

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я
Запорізький державний медичний університет

ВІДНОВЛЮВАЛЬНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ОН-ЛАЙН НАВЧАННЯ

Згідно аналізу наукових джерел, остеохондроз шийного відділу є найбільш частою причиною патології хребта, що викликає різні ураження нервової системи. В Україні захворювання нервової системи, зумовлені остеохондрозом хребта, за частотою посідають друге місце серед причин тимчасової втрати працездатності, поступаючись лише респіраторним інфекціям. Відзначається тенденція до збільшення числа хворих юнацького віку, що свідчить про соціально значущі зміни у способі життя людини в умовах он-лайн навчання.

Наразі, малорухливий, сидячий спосіб життя, надмірна маса тіла, нераціональне харчування призводять до обмеження рухів у хребті, погіршення обміну речовин у м'язах і хребцях, розвитку застійних явищ в шийному відділі, м'язах шиї, спини, верхніх кінцівок, здавлення судин і ускладнення відтоку венозної крові.

Мета дослідження: дослідити ефективність відновлювальних засобів фізичної терапії із застосуванням клітки для підвісної терапії при остеохондрозі шийного відділу хребта у студентів медичних закладів вищої освіти.

Завдання: 1) аналіз науково-методичної літератури; 2) складання відновлювальної програми з фізичної терапії; 3) оцінка ефективності відновлювальної програми з фізичної терапії.

Для вирішення мети дослідження застосовувалися наступні методи: аналіз науково-методичної літератури, аналіз виписки медичних карт амбулаторних хворих, тестування: функціональних показників (метод Короткова); фізичних здібностей (тест Шепельмана, компресійний тест), мануально-м'язове тестування (далі ММТ), математично-статистичний аналіз отриманих результатів.

Дослідження проводилося на основі розподілення пацієнтів на дві однорідні групи: основну (ЕГ) $n=15$ та групу порівняння (ПГ) $n=15$.

На початку дослідження отримані результати склали: ММТ грудино-ключично-соскоподібних м'язів в ЕГ 3 ± 0 , бали та ПГ складало $3 \pm 0,24$ бали; ММТ розгиначів голови і шиї в ЕГ та ПГ складало $3 \pm 0,3$ бали; ММТ трапецієподібного м'яза в ЕГ складало $3 \pm 0,2$ бали, в ПГ складало $3 \pm 0,25$ бали. Результати тесту Шепельмана склали: в ЕГ – $1,3 \pm 0,04$, в ПГ – $1,7 \pm 0,04$. Показники компресійного тесту склали в ЕГ – $1,2 \pm 0,05$, в ПГ – $1,6 \pm 0,04$.

Результати функціональних показників за методом Короткова склали в ЕГ (САТ) – $127 \pm 2,9$, в ПГ – $128 \pm 3,3$, показники (ДАТ) склали в ЕГ – $81 \pm 2,2$, в ПГ – $83,6 \pm 1,4$.

Таблиця 1

Показники дослідження у студентів із остеохондрозом шийного відділу хребта

Назва тесту	Експериментальна група (ЕГ) (бали) $n=15$		Група порівняння (ПГ) (бали) $n=15$	
	До	Після	До	Після
тест Шепельмана $\bar{X} \pm \Delta$	$1,3 \pm 0,04$	$2,0 \pm 0,04$	$1,7 \pm 0,04$	$1,8 \pm 0,02$
компресійний тест $\bar{X} \pm \Delta$	$1,2 \pm 0,05$	$1,8 \pm 0,04$	$1,6 \pm 0,04$	$1,7 \pm 0,04$
ММТ грудино- ключично-соскоподібних	$3 \pm 0,3$	$5 \pm 0,23$	$3 \pm 0,24$	$3 \pm 0,18$

ММТ розгиначів голови і шиї	3±0,3	5±0,23	3±0,3	4±0,18
ММТ трапецієподіб ного м'яза	3±0,2	5±0,31	3±0,25	4±0,23
$\bar{X} \pm \Delta$ (САТ)	127±2,9	120±2,2	128±3,3	126±1,5
$\bar{X} \pm \Delta$ (ДАТ)	81±2,2	76,6±1,8	83,6±1,	81,3±2,6

В кінці дослідження отримані результати склали: ММТ грудино-ключично-соскоподібних м'язів в ЕГ складало $5 \pm 0,23$ бали, ПГ – $3 \pm 0,18$ бали; ММТ розгиначів голови і шиї в ЕГ складало $5 \pm 0,23$ бали, ПГ складало $4 \pm 0,18$ бали, ММТ трапецієподібного м'яза в ЕГ складало $5 \pm 0,31$ бали, в ПГ складало $4 \pm 0,23$ бали. Результати тесту Шепельмана склали: в ЕГ $2,0 \pm 0,04$, в ПГ $1,8 \pm 0,02$. Показники компресійного тесту склали в ЕГ $1,8 \pm 0,04$, в ПГ $1,7 \pm 0,04$. Результати функціональних показників за методом Короткова склали в ЕГ (САТ) – $120 \pm 2,2$, в ПГ – $126 \pm 1,5$; показники (ДАТ) склали в ЕГ – $76,6 \pm 1,8$, в ПГ – $81,3 \pm 2,6$.

Отже, згідно порівняльного аналізу низки показників на початку та в кінці дослідження можна стверджувати, що застосована відновлювальна програма фізичної терапії із застосуванням клітки для підвісної терапії при остеохондрозі шийного відділу хребта у студентів медичних закладів вищої освіти виявилася ефективною, сприяла зменшенню больового синдрому та підвищенню сили м'язів у шийному відділі хребта, нормалізації показників артеріального тиску, про що свідчить аналіз отриманих даних.

Список літератури

1. Дибкалюк С. В. Дегенеративно-дистрофічні ураження хребта з синдромом компресії хребтової артерії. Діагностика та лікування : дис. д-ра медичних наук : 14.01.21. Київ: НАМНУ, 2019. 466 с.

2. Андрійчук О. Я., Цюпак Т. Є., Сітовський А. М. Інструментальні дослідження у фізичній терапії осіб з деформаціями опорно-рухового апарату. *Innovative development of science and education. Abstracts of the 2nd*

International scientific and practical conference. – Athens, Greece : ISGT Publishing House, 2020. – P. 92–95.

Ірина ШАПОВАЛОВА

к.пед.н., доцент

Антоніна ГУРСЄВА

к.фіз.вих., доцент

Олена ЧЕРНЕНКО

к.фіз.вих., доцент

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я
Запорізький державний медичний університет

ЗАСТОСУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Для сучасних реалій життя характерні, з однієї сторони, чинники, які значно підвищують якість життя людини за рахунок активного розвитку інноваційних технологій, а з іншого погляду сприяють спрощенню життєво важливих функцій, внаслідок чого спостерігається розвиток абіологічних тенденцій та зниження рівня здоров'я. Відбувається зростання гіподинамічних проявів в наслідок он-лайн навчання та шкідливих звичок у способі життя сучасних студентів, порушення режиму харчування й організації режиму роботи та відпочинку. Наразі проблема культури здоров'я постає як важливий компонент підготовки кваліфікованих фахівців. Спроможність майбутнього фахівця з фізичної терапії до застосування на практиці здоров'язберігаючих технологій, формує необхідність опанування на особистісному рівні концепції здоров'я кожним студентом, прокладення траєкторії до індивідуальної програми здорового способу життя.

Метою дослідження було визначити ефективність застосування студентами фізичної терапії здоров'язберігаючих технологій у вигляді біоімпедансного аналізу для визначення надлишкової маси тіла.

Завдання дослідження: 1) аналіз науково-методичної літератури стосовно проблемних питань щодо застосування студентами фізичної терапії здоров'язберігаючих технологій у вигляді біоімпедансного аналізу для визначення надлишкової маси тіла; 2) обґрунтувати методичні підходи стосовно діагностики надлишкової маси тіла у студентів фізичної терапії.

Таблиця 1

Розрахункові показники індексу маси тіла студентів фізичної терапії

Тип маси тіла	Показники індексу маси тіла	
	2019-2020 н. р.	2021-2022 н. р.
Дефіцит маси тіла, при ІМТ <18,5/ кг/м ²	15,9±1,34	17,3±1,42
Нормальна маса тіла, при ІМТ 18,5-24,9 кг/м ²	21,9±2,73	22,5±2,58
Надлишкова маса тіла, при ІМТ 25,0-29,9 кг/м ²	27,34±2,54	26,21±1,47

Проаналізувавши показники індексу маси тіла студентів фізичної терапії можна стверджувати, що зберігається тенденція в розподілі показників у 2019-2020 н. р. та 2021-2022 н. р. таким чином: найбільшими за кількісними значеннями у 2019/2020 та 2021/2022 н. р. є показники нормальної маси тіла студенток з ІМТ від 21,9 до 22,5 кг/м² і показники надлишкової маси тіла студенток з ІМТ від 27,34 до 26,21 кг/м²; найменшими за кількісними значеннями у 2019/2020 та 2021/2022 н. р. є показники дефіциту маси тіла студенток з індексом маси тіла менше 18,5 від 15,9 до 17,3.

Отже, в ході аналізу науково-методичної літератури та порівняння показників дослідження можна зробити висновки, що студенти ефективно застосовують сучасні інноваційні здоров'язберігаючі технології для визначення

надлишкової маси тіла. Нажаль спостерігається тенденція збільшення показників надлишкової маси тіла у майбутніх фізичних терапевтів, що формує необхідність впровадження індивідуальної програми здорового способу життя.

Список літератури

1. Грейда Н. Б., Андрійчук О. Я., Ульяницька Н. Я., Лавринюк В. Є. Сучасні підходи до створення здоров'язберезувальних технологій у підготовці фахівців з фізичної терапії, ерготерапії. *Медико-біологічні аспекти та мультидисциплінарна інтеграція в концепції здоров'я людини. (Напрямок медицина): зб. тез доп. Всеукраїнської конференції з міжнародною участю, 9- 11 квітня 2020 р. Тернопіль, 2020. С. 45-47.*

Данило ЯКУБОВСЬКИЙ

аспірант каф. фізичної терапії, ерготерапії

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ПОШИРЕНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ШИЙНОМУ ТА ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛАХ ХРЕБТА У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: СТАН ПРОБЛЕМИ

Вступ. Проблема болю в поперековому та шийному відділах хребта дуже розповсюджена в Україні і світі. Вона є основною причиною зменшення активних днів життя з 1990 року і по сьогодні [1]. Так само, проблема болю в поперековому та шийному відділах хребта не оминає і військовослужбовців. Вони витримують серйозні фізичні навантаження, в тому числі і осьові. Носіння бронежилету, каски, додаткового необхідного екіпірування може призводити до розвитку болю і впливати на якість виконання поставлених задач.

Мета дослідження – вивчити розповсюдженість болю в шийному та поперековому відділах хребта серед військових у різних країнах та вплив цього стану на військовослужбовців.

Результати дослідження. Американськими дослідниками було визначено, що навантаження, котре становить більше 60% ваги солдата може негативно впливати на появу болю в поперековому відділі хребта, зниження висоти міжхребцевого диску та може викликати патологію, яка понесе за собою тимчасову недієздатність солдата і не можливість виконання поставлених військових задач в повному обсязі і відповідній якості [2].

Італійськими вченими було досліджено проблему болю в шийному та поперековому відділах хребта серед військових пілотів. В межах дослідження було визначено, що частота болю в шийному та поперековому відділі хребта серед італійських пілотів була значно більше ніж у цивільних людей. Більше 80% військовослужбовців повідомляли про наявний біль в шийному відділі хребта (близько 38%) і поперековому відділі хребта (45%). Це може стати причиною погіршення самопочуття військовослужбовців та призвести до погіршення якості виконання поставлених задач. Для вирішення проблеми, дослідники підкреслюють необхідність проведення досліджень з даної теми. Це дозволить ефективніше використовувати наявні ресурси на лікування та реабілітацію військовослужбовців з болем в шийному та поперековому відділах хребта [3].

Португальськими вченими було проведено дослідження серед 221 офіцера військової поліції. Було визначено вплив носіння захисного спорядження на самопочуття і наявність болю в поперековому відділі хребта. Виявлено, що носіння захисного спорядження може бути пов'язаним із болем у попереку. На це впливають вікові аспекти (чим більший вік, тим більша вірогідність появи болю). Тривалість роботи так само впливає на посилення симптомів болю в поперековому відділі хребта. В дослідженні зазначається, що необхідно передивитись ергономіку носіння захисного спорядження у

військових задля покращення їх самопочуття та можливостей виконання поставлених службових задач [4].

Іншою групою американських вчених було зазначено, що біль в шії є основною причиною медичної евакуації з поля бою. Було вивчено медичну документацію розгорнутого медичного центру в Германії. За результатами опрацьованої інформації, тільки 14% військових повернулись до своїх підрозділів. Це напряду пов'язано з якістю виконання поставлених бойових задач та впливає на зменшення чисельності війська в необхідних місцях дислокації [5].

Нещодавнім дослідженням незалежної групи американських вчених вивчалась поширеність м'язово-скелетного болю серед військовослужбовців Америки. Було зазначено, що 63% військових хоча б раз відмічали епізод болю під час служби, цьому сприяли підвищені психологічні та фізичні навантаження, котрі отримує військовослужбовець під час несення служби. Серед них, у 59% військових виражений м'язово-скелетний біль був визначений вперше в житті. Серед цих показників, біль в поперековому та шийному відділах хребта становив 22%. Ці дані допомагають краще зрозуміти поширеність болю серед військовослужбовців, що проходять службу. Більша частина солдат повідомляла про не сильний м'язово-скелетний біль. Проте, треба звертати увагу на велику поширеність больових синдромів у військових, в тому ж числі і наявність болю в шийному і поперековому відділах хребта, щоб не допустити загострення цих станів, зменшити відповідні економічні затрати на реабілітацію, покращити ефективність виконання поставлених задач військовослужбовцями [6].

Висновки. Завдяки опрацюванню зарубіжних джерел, можна зазначити, що біль в поперековому та шийному відділах хребта це розповсюджене явище серед військових в різних країнах. Військовослужбовці більш схильні до появи болю ніж цивільні через високі і тривалі фізичні, психологічні навантаження. Через біль в шийному або поперековому відділах хребта погіршується самопочуття військовослужбовців, що впливає на якість виконання

поставлених задач. Багато зарубіжних джерел наголошують на необхідності вивчення даної тематики. Не було знайдено жодного вітчизняного дослідження з даної тематики, необхідно краще вивчити дане питання в умовах сьогодення. Такі дані допоможуть створювати ефективні програми та алгоритми відновлення для військових, що в свою чергу покращить якість виконання поставлених задач та зменшить негативний вплив на військових.

Список літератури

1. Wu A. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Trans Med* 2020; 8(6): 299-313. URL: [1 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355743/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32355743/)

2. Qu H. Spine system changes in soldiers after load carriage training in a plateau environment: a prediction model research. *Military Med Res* 7, 63 (2020). URL: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00293-1>

3. Marchesini M. Prevalence of Low Back and Cervical Back Pain in Military Helicopter Crews: An Underestimated Italian Problem. *J Spec Oper Med*. 2021 Summer;21(2):67-71. doi: 10.55460/MQZT-YXMK. PMID: 34105124. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105124/>

4. Locatelli MC. Low back pain in military police activity: analysis of prevalence, associated factors, and ergonomics. *Rev Bras Med Trab*. 2021 Dec 30;19(4):482-490. doi: 10.47626/1679-4435-2021-626. PMID: 35733553; PMCID: PMC9162281. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35733553/>

5. Cohen SP. Neck pain during combat operations: an epidemiological study analyzing clinical and prognostic factors. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Apr 1;35(7):758-63. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181bb11a8. PMID: 20228712. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20228712/>

6. Reif S, Adams RS, Ritter GA, Williams TV, Larson MJ. Prevalence of Pain Diagnoses and Burden of Pain Among Active Duty Soldiers, FY2012. *Mil Med*. 2018 Sep 1;183(9-10):e330-e337. doi: 10.1093/milmed/usx200. PMID: 29547946; PMCID: PMC6115865.

РОЗДІЛ 2.

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Лариса БАЛАЦЬКА

к.н. з фіз.вих і спорту, доцент
доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

ЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АСИМЕТРІЇ ПІД ЧАС РОЗВИТКУ МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Моторну асиметрію розглядають як сукупність ознак нерівності функцій рук, ніг, тулуба й обличчя у формуванні загальної рухової поведінки та її виразності [6]. У зв'язку з цим виокремлюють декілька груп асиметрій: з правим, лівим домінуванням чи приблизно однаковим (як правим, такі і лівим) виявом функцій у певній частині тіла — амбідекстрію.

Водночас найбільший інтерес являє мануальна асиметрія, тобто домінування однієї руки над іншою у виконанні своїх функцій. Це пов'язано з тим, що рука є найбільш поліфункціональним органом рухової діяльності [6]. Тут необхідно відзначити, що практично в усіх роботах, присвячених мануальній руховій асиметрії (МРА), за основу беруть варіант домінування лівої руки. Це зумовлено такими причинами: у переважної більшості мешканців планети (біля 90 %) провідною є права рука; останнє є однією з причин існування в суспільстві певного «насадження праворукої культури»; останнім часом спостерігається збільшення кількості ліворуких людей [4].

Отже, причин існуючих варіантів формування МРА декілька, а основою однієї з провідних розглядають константні чинники і, зокрема генотип [6]: у батьків з правою МРА діти є такими у 67, 3 %, тоді як амбідекстрами — 28, 5 %, з лівою МРА — 4,2 %; якщо в обох батьків ліва МРА, то кількість дітей із

зазначеною становить відповідно 46,9 %, 27,7 % і 23,4 %; якщо обоє батьків амбідекстри, то співвідношення інше — 37,7 %, 52,9 % і 9,4 % [156].

Водночас зазначається [1], що домінування певної руки зустрічається частіше в сім'ях, у яких хоча б один з батьків відзначається аналогічною особливістю; у дітей з лівою МРА родичі з аналогічною спрямованістю асиметрії зустрічаються вдесятеро частіше ніж у випадку правого домінування. Ймовірність домінуючої лівої руки у дитини, в якій батьки відзначаються правим домінуванням МРА становить 0,02, вона зростає до 0,17, якщо в одного з батьків домінуючою є ліва рука, та до 0,46 (у 10–12 разів частіше) — якщо цим відзначаються обоє батьків.

Наступний варіант формування МРА — компенсаторне домінування. Основу цього варіанту становить певне ушкодження мозку (частіше — лівої півкулі). Оскільки діяльність правої руки регулюється, переважно лівою півкулею, то у випадку певних травм (захворювань) на ранньому етапі розвитку дитини, відповідні функції на себе перебирає права півкуля. Тоді ліва рука стає провідною, тобто активнішою при виконанні різних дій, насамперед побутових і найчастіше — письма. У дитини з порушенням діяльності однієї з півкуль майже стовідсотково спостерігаються відхилення у мовленнєвому та моторному розвитку. Але в цьому випадку ліворукість не розглядається як причина відхилень від норми [1].

Інший варіант формування МРА — «вимушена» ліворукість. Основу цього варіанту МРА становить причина, більшою мірою пов'язана з травмою провідної правої руки, та значно меншою — як результат наслідування (батьків, рідних, друзів) [2].

Що стосується амбідекстрів, відзначаємо, що приблизно до 5-и років у дитини одна з півкуль головного мозку формується як домінантна по відношенню до відповідної руки, — наприклад у людей з лівою МРА це ліва півкуля. Водночас зустрічається і нетиповий розвиток, тобто коли відповідні структури головного мозку на зазначений момент є недостатньо розвинутими для організації існуючої спеціалізації півкуль та латералізації. Наслідок цього —

– найчастіше приблизно рівноцінне використання обох рук під час руховій діяльності, тобто амбідекстрія [5].

Формування спрямованості МРА відбувається поступово: початком є дородовий період, але на цьому етапі немовля є амбідекстром; конкретизація спрямованості МРА відбувається протягом 3-го року, але відзначається нестабільністю (у подальшому ліворука дитина може стати праворукою і навпаки); на 5-му році провідна рука починає перебирати на себе виконання більшості складних рухів і дій [2]. У подальшому вправління у виконанні різноманітних рухів і дій провідною рукою відбувається тривалий час, оскільки завершується — наприкінці підліткового віку [1], за іншими даними — у дорослому віці.

Список літератури

1. Балацька Л.В. Організаційно-методичні основи покращення моторної функції дітей 3–5 років у процесі фізичного виховання: автореф.на здобуття ступеня канд.наук з фіз.вих. і с. [спец.] 24.00.02 фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. Львів , 2013р. – 20ст.

2. Поліщук В. В. Розвиток рухових і розумових здібностей дітей 5-го і 6-го років життя в процесі фізичного виховання засобами дошкільного туризму : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : [спец.] 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення». Львів, 2008. 20 с.

3. Поніманська Т. І. Дошкільна педагогіка : навч. посі К. : Академвидав, 2008. 456 с.

4. Поташнюк І. В. Школа сприяння здоров'ю: теорія, практика, методи дослідження : монографія Луцьк : Надстир'я, 2006. 144 с.

5. Amunts K. Asymmetry in the human motor cortex and handedness Neuroimage. 1996. Vol. 4, N 3(pt. 1). P. 216–222.

6. Behnke R. S. Kinetic Anatomy. New York : Human Kinetics, 2001.

7. Bouchard C. Physical activity and health. Champaign, IL. : Human Kinetics, 2007. 410 p.

8. Brain Asymmetry : manuscript / ed. R. J. Davidson, K. Hugdahl. Cambridge, MA : MIT Press, 1995. 504 p.

9. Wang S. S. The health risks of being left-handed. The Wall Street Journ. 2011. December 6. P. 46-52.

Римма БАННІКОВА

к. мед. н., доцент

кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Анастасія КОРЧЕВСЬКА

студентка 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ

Вступ. Переломи п'яtkової кістки (ППК) становлять 60% пошкоджень кісток стопи та 2-4% від усіх переломів кісток скелета. Більшість випадків (до 75%) ППК є внутрішньосуглобовими, неправильне або неадекватне лікування яких призводить до незадовільних кінцевих результатів [2, с. 51]. Наслідки ППК мають значний соціально-економічний вплив, оскільки великий відсоток цих травм трапляється у працездатних чоловіків молодого віку [5, с. 443]. Труднощі лікування ППК обумовлені складною анатомічною будовою п'яtkової кістки та великим різноманіттям типів переломів. Результат лікування ППК залежить від типу перелому, факторів ризику (літній вік, судинні захворювання, куріння, надлишкова маса тіла) та методів лікування. Однак навіть при використанні сучасних методів хірургічного втручання відсоток несприятливих результатів залишається високим [1, с. 93]. Це обумовлює інтерес до вивчення методів ефективної реабілітації при ППК, велика роль серед яких відводиться заходам фізичної терапії.

Мета дослідження – за даними аналізу літератури дослідити сучасні підходи до застосування фізичної терапії при ППК.

Результати дослідження. У порівнянні з іншими переломами нижніх кінцівок, заходам фізичної терапії при ППК протягом тривалого періоду часу не приділяли достатньо уваги, застосовуючи їх переважно у віддаленому періоді відновлення. Багато дослідників рекомендували уникати фізичних навантажень протягом трьох місяців після операції при ППК через потенційний ризик пошкодження суглобової поверхні під час руху. Проте нещодавні дослідження показали важливість ранньої функціональної реабілітації після операції при ППК, що сприяє покращенню результатів лікування. Зокрема, в дослідженні Park E.S. et al. (2021) було обґрунтовано ефективність раннього фізичного навантаження після відкритої репозиції та внутрішньої фіксації переломів п'яtkової кістки. Автори наголошують на тому, що період іммобілізації при ППК повинен бути зведений до мінімуму [4, с. 929].

Таким чином, на сьогодні, незалежно від методу хірургічного втручання, післяопераційна реабілітація при ППК спрямована на ранню мобілізацію пацієнта. Методи фізичної терапії, що застосовуються в післяопераційному періоді, включають ізотонічні та ізометричні терапевтичні вправи для відновлення пасивного та активного діапазону рухів в гомілково-надп'яtkовому, підтаранному і тарсальному суглобах, які розпочинають виконувати з другого післяопераційного дня [5, с. 456]. Орієнтовно через 2 тижні розпочинають ходьбу з милицями. В післяопераційній реабілітації широко використовують ортези, шини, брейси та спеціальне взуття – на підборах, з важкою подошвою, із силіконовими накладками на каблук тощо [4, с. 930].

Водночас, багато питань, що стосуються відновлення осіб після оперативного лікування ППК, ще далекі від вирішення. Зокрема, не розкриті питання про строки, обсяг і особливості реабілітації при ППК залежно від перебігу травматичної хвороби; поряд із конкретизацією строків розширення рухового режиму, лише мимохить розглянуті спеціальні терапевтичні вправи [3,

с. 188]. У доступній літературі не знайдено згадок про розробку алгоритму заходів фізичної терапії при ППК на основі принципів Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) та вплив заходів фізичної терапії на якість життя пацієнтів із ППК.

Висновки. Відмінною рисою ушкоджень п'яткової кістки є різноманіття типів переломів, висока частота ускладнень та незадовільних результатів лікування. Рання реабілітація із застосуванням заходів фізичної терапії сприяє підвищенню ефективності лікування ППК. Питання, які стосуються застосування засобів і методів фізичної терапії при ППК на ранніх строках після оперативного лікування на сьогодні вирішені недостатньо. Перспективи подальших досліджень полягають в розробці та обґрунтуванні алгоритму заходів фізичної терапії на основі МКФ, що дозволить індивідуалізувати реабілітаційний процес та підвищити ефективність лікування ППК.

Список літератури

1. Бодня О. І., Сухін Ю. В. Лікування хворих із переломами п'яткової кістки методом комбінованого остеосинтезу. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2019. № 4. С. 92–100.
2. Бодня О. І. Хірургічне лікування внутрішньосуглобових переломів п'яткової кістки. *Одеський медичний журнал*. 2018. № 6 (170). С. 51–55.
3. Застосування методу Voodoo Floss Band для відновлення функції гомілково-надп'яткового суглобу при переломах п'яткової кістки / Денис М. Д. та ін. Молодь та олімпійський рух: Збірник тез доповідей XIV Міжнародної конференції молодих вчених, 19 травня 2021 року [Електронний ресурс]. К., 2021. С. 188–189.
4. Calcaneal fracture: results of earlier rehabilitation after open reduction and internal fixation / Park E.S. et al. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2021. № 141. P. 929–936.
5. Rammelt S., Zwipp H. Calcaneus fractures: facts, controversies and recent developments. *Injury*. 2004. № 35(5). P. 443–461.

Римма БАННІКОВА

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Ольга КАЛЕНСЬКА

студентка 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ПЕРЕЛОМІВ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ В ТИПОВОМУ МІСЦІ

Вступ. Переломи променевої кістки в типовому місці (ППКТМ) є найбільш розповсюдженими серед усіх переломів верхньої кінцівки та становлять 40–45 % від усіх переломів скелета [1, с. 20]. Застосування інноваційних засобів для консервативної та оперативної терапії ППКТМ не завжди забезпечує хороший результат лікування [3, с. 130]. У пацієнтів старшої вікової групи незадовільні результати лікування спостерігають у 44 % випадків [2, с. 17]. Така ситуація привертає увагу дослідників до проблеми реабілітації цього контингенту пацієнтів. Дані досліджень показують, що в основі ефективної реабілітації при ППКТМ є раннє застосування методів фізичної терапії [4, с. 233].

Мета дослідження – за даними аналізу літератури дослідити сучасні тенденції у фізичній терапії при ППКТМ.

Результати дослідження. ППКТМ можуть бути класифіковані як внутрішньосуглобові або позасуглобові. Обидва типи переломів можуть призвести до короткочасних та довгострокових порушень, таких як втрата діапазону руху, біль, набряки та м'язова слабкість [4, с. 233]. Оскільки ці порушення можуть призвести до втрати повсякденних функцій, пацієнтам із ППКТМ показане застосування фізичної терапії. На сьогодні розроблені

підходи до фізичної терапії як при консервативному лікуванні, так і при оперативному втручанні.

Цілями фізичної терапії після ППКТМ є відновлення повноцінної рухливості та функціональної здатності суглоба. Для досягнення цих цілей фізичні терапевти найчастіше застосовують активні методи фізичної терапії – терапевтичні вправи і навчання пацієнтів, та пасивні методи – масаж і пасивну мобілізацію суглобів [4, с. 235].

Програма фізичної терапії може складатися з одного або декількох втручань. Процес створення реабілітаційної програми передбачає використання фізичним терапевтом навичок клінічного мислення для розробки індивідуального плану терапії для кожного пацієнта [4, с. 234].

Рішення про те, які втручання слід використовувати в тому чи іншому випадку, мають ґрунтуватися на ретельній оцінці проблем пацієнта, знаннях фізичного терапевта про найкращі наявні докази щодо ефективності втручань, урахуванні доступних ресурсів та власного професійного досвіду. Фізичний терапевт також має враховувати особистісні характеристики пацієнта, його права, цінності та побажання [5, с. 322]. Такий підхід відомий як практика, заснована на доказах. З метою полегшення практичного впровадження такого підходу застосовують сучасні моделі здоров'я, зокрема біопсихосоціальну модель та структуру Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). Ці моделі є цілісними та орієнтованими на особистість пацієнта, оскільки його особистісні характеристики можуть вплинути на побудову програми фізичної терапії [6, с. 18].

Однак, не зважаючи на достатнє теоретичне обґрунтування, на практиці дані моделі все ще застосовують не достатньо. Так, у дослідженні Bruder A. M. et al., було встановлено, що індивідуальні характеристики пацієнта із ППКТМ практично не впливали на частоту застосування тих чи інших втручань, що свідчить про необхідність впровадження моделі МКФ у практику фізичної терапії [4, с. 236].

Висновки. ППКТМ призводять до суттєвих порушень функції верхньої кінцівки, а їхнє лікування не завжди має задовільні результати. Комплексна реабілітація після ППКТМ має включати застосування таких методів фізичної терапії, як терапевтичні вправи, навчання пацієнтів, пасивна мобілізація суглоба, масаж. При розробці програми фізичної терапії фахівець має враховувати особистісні характеристики пацієнта, використовуючи біопсихосоціальну модель здоров'я та структуру МКФ, проте на практиці дані моделі все ще застосовуються не достатньо.

Список літератури

1. Білінський П.І. До питання лікування переломів променевої кістки в типовому місці. *Травма*. 2016. Том 17. № 6. С. 20–24.
2. Рушай А.К. Реабілітація хворих з переломами дистального метаепіфіза променевої кістки. *Травма*. 2017. Том 18. № 2. С. 17–22.
3. Ролік О. В., Ганич Т. С., Колісник Г. І. Післятравматичний нейродистрофічний синдром при переломах дистального метаепіфізу кісток передпліччя. *Ортопедия, травматология и протезирование*. 2004. № 1. С. 127–132.
4. Bruder A. M., Taylor N. F., Dodd K. J. Physiotherapy intervention practice patterns used in rehabilitation after distal radial fracture. *Physiotherapy*. 2013. № 99(3).
5. Edwards I. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Phys Ther*. 2004. № 84. P. 312–335.
6. Jones M., Rivett D. Introduction to clinical reasoning. Clinical reasoning for manual therapists. Oxford: Butterworth-Heinemann. 2004. P. 3–24.

Римма БАННИКОВА

к. мед. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

Актуальність дослідження. Щороку в Україні реєструється до 330 тис. первинних захворювань суглобів серед дорослого населення. Дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів становлять близько 17% усіх ортопедичних захворювань, серед яких у 90% випадків уражаються великі суглоби нижніх кінцівок, у тому числі кульшові суглоби у 25-65% спостережень. Серед захворювань інших суглобів деформуючий артроз кульшового суглоба (коксартроз) становить 2-4,7%, а в межах деформуючого артрозу частка пацієнтів із коксартрозом сягає 25-32% [1, 2, 3]. Також з часом люди похилого віку мають в наявності не одне захворювання. Серед них одне з найпоширеніших є серцева недостатність (СН). Основним фактором ризику серцевої недостатності і серцево-судинних захворювань в цілому є вік. За даними іноземних джерел приблизно 1% осіб старше 50 років страждає від СН, і це число подвоюється з кожним десятиліттям життя, що робить СН основною причиною смертності людей похилого віку [4].

Мета дослідження. Обґрунтування та розробка алгоритму застосування заходів фізичної терапії для осіб похилого віку з серцевою недостатністю після ендопротезування кульшового суглобу.

Методи дослідження. Методи дослідження були поділені на три категорії. Соціологічні методи: HOOS (hip disability and osteoarthritis outcome score)- оцінка кульшового суглобу та остеоартриту.; KCCQ- канзаська шкала оцінки кардіоміопатії. Клініко-функціональні методи: 10-метровий тест ходьби,

6MWT, одразу після якого використовувалась шкала Борга та тест «Встань та йди». Інструментальні методи: гоніометрія.

Результати дослідження. Для дослідження було відібрано 10 хворих похилого віку з супутньою патологією серця після ендопротезування кульшового суглобу. Дослідження проходило на базі центру “Life-House” та пансіонату для літніх людей “Life-House”. Середній вік хворих склав 68,3 років. Хворі проходили курс фізичної терапії протягом 14 тижнів, починаючи з 5-8 дня після операції. Обрані засоби та стратегії фізичної терапії були спрямовані на вирішення таких задач: відновлення діапазону руху (активного та пасивного), мобілізація м’язової сили, збільшення витривалості, покращення толерантності до фізичних навантажень, зменшення больового синдрому, модифікація способу життя (впровадження фізичної активності як звичку та відмова від алкоголю та тютюнопаління).

При первинному тестуванні не виконувались тести, які передбачали осьового навантаження, оскільки, це протипоказано тематичним пацієнтам. Для визначення толерантності до фізичного навантаження та інтенсивності занять було проведено тестування за шкалою Борга та визначення максимально допустимого ЧСС за формулою Карвонена. За шкалою Борга на першому етапі тестування середня оцінка склала 3 бали, що передбачало щадний режим занять з поступовим збільшенням навантаження. За формулою Карвонена середній показник максимального ЧСС склав 160-144 уд/хв, від якого відраховувався відсоток інтенсивності навантаження. При проходженні опитувальника HOOS на першому етапі середня оцінка склала 27,9 бали, а після проходження фізичної терапії-82,4 бали, що у три рази краще ніж початкова оцінка. Також помітний результат показала шкала KCCQ: на початку терапії – 31,7 бали, наприкінці- 66,8 бали, що у двічі краще за первинний результат. 10-метровий тест був виконаний всіма пацієнтами на другому етапі(5 тижень) фізичної терапії. При першому тестуванні результати в середньому склали 75 секунд що не відповідає критеріям тесту для даних пацієнтів (~1,26-1,13 м/с), але при повторному тестуванні на 12-му тижні ця оцінка склала 11 секунд, що

цілком дорівнює нормі для пацієнтів даного віку. Для визначення ризику падіння проводився тест «Встань та йди», на першому тестуванні оцінка склала 48 секунд, на останньому- 14 секунд, що є нормою. Витривалість вимірювалась тестом 6MWT, на першому тесті пацієнти показали результат у 167 м/6 хв, при кінцевому тестуванні- 340 м/хв хвилин, що краще у 2 рази, але не відповідає критерія тесту для даних пацієнтів. Гоніометрія для пацієнтів проводилась у активному діапазоні руху, вимірювались лише рухи, які не є протипоказаними для даних досліджуваних. Так, флексія покращилась з 77,5° до 90,0°, екстензія- з 4,0° до 15,4°, супінація-з 6,45° до 11,1°, абдукція-з 3,64° до 20,2°.

Висновки. Вихідні результати, що отриманні на першому етапі дослідження, демонструють суттєві обмеження в кожному з показників тестування, але після завершення курсу фізичної терапії отримані дані свідчать про позитивну динаміку досліджуваних показників у осіб похилого віку з супутньою патологією серця після ендопротезування кульшового суглобу. Таким чином, виявлено, що симптоми серцевої недостатності значно впливають на хід реабілітації осіб похилого віку після ендопротезування кульшового суглобу й потребують ретельного підходу до підбору алгоритму засобів фізичної терапії. Рациональне застосування засобів фізичної терапії сприяє скороченню періоду післяопераційного відновлення, збільшує функціональність та покращує якість життя пацієнтів похилого віку з серцевою недостатністю.

Список літератури

1. Такума Ягі, Тацуро Іноуе, Масато Огава, Юсуке Сімада, Ясунорі Хегурі, Ріса Окада, Шуто Івата, Мідзухо Кісімото, Саркопенія впливає на щоденне відновлення життя та витрати на госпіталізацію літніх людей у реабілітаційних палатах, Європейська геріатрична медицина 10190 . 021-00552-х, **12**, 6, (1237-1245), (2021).

2. Султанова ВВ. Профілактика ускладнень після ендопротезування суглобів. Медична сестра: науково-практичний та публіцистичний журнал 2016. N 2,8.

3. Brandt KD. Etiopathogenesis of osteoarthritis K.D. Brandt, P. Dieppe, E. Radin J. Med. Clin. North. Am. 2019. V. 93. № 1., 1-24.

4. Hajouli S, Ludhwani D. Heart Failure and Ejection Fraction 2020. Доступно з: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553115/>

Римма БАННІКОВА

к. мед. н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Дарина РУЩАК

студентка 2 курсу магістратури спеціальності

«Фізична терапія, ерготерапія»

Людмила РУЩАК

к. біол. н., доцент,

провідний науковий співробітник,

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини

Української військово-медичної академії

СТАН ПИТАННЯ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПОРАНЕНЬ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

Актуальність дослідження. Проблема збереження здоров'я і працездатності військовослужбовців, що беруть участь у військових конфліктах, останнім часом привертає увагу дослідників [5]. Широко розвиваються нові концептуальні підходи щодо медико-соціальної реабілітації поранених на різних етапах її застосування. Однак деякі аспекти змісту й особливості реалізації комплексних програм реабілітації, орієнтовані на окремі

категорії поранених, на специфіку проявів соматичних та психічних розладів у військовослужбовців, на сьогоднішній день розроблені недостатньо [4].

Багатовекторність патогенетичних механізмів формування травматичної хвороби з каскадом структурно-функціональних порушень у всьому організмі пораненого, висока частота виявлення в клінічній картині постраждалих соматичних, неврологічних, ендокринних, функціональних розладів призводять до значних труднощів реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Мета дослідження: за даними науково-методичної літератури визначити стан питання відновного лікування та реабілітації військовослужбовців, які зазнали поранень внаслідок бойових дій.

Результати дослідження. Згідно з літературними даними, не завжди легко провести чітку межу між відновним лікуванням і реабілітацією. В єдиній системі лікувально-профілактичних заходів, що застосовуються при лікуванні поранених, реабілітація посідає проміжне положення, продовжуючи лікування і передуючи диспансеризації та вторинній профілактиці. Якщо лікувальні заходи, в першу чергу, спрямовані на причину та сутність хвороби, а також на усунення основного субстрату патологічного процесу, то в результаті реабілітації в основному досягається відновлення соматичних функцій, психічного статусу і працездатності для того, щоб хворий зайняв відповідне місце в суспільстві [1-6].

В цілому перелік основних заходів, що відрізняють реабілітаційну допомогу від звичайного лікування є наступним: здійснення комплексної вихідної оцінки стану хворого або особи з обмеженими фізичними можливостями з формулюванням реабілітаційного діагнозу перед початком медичної реабілітації; проведення реабілітації за визначеним планом, складеним на основі первинної оцінки стану хворого; здійснення оцінки ефективності реабілітаційних заходів в динаміці і при завершенні реабілітаційного курсу; складання при виписці рекомендацій по лікувальним, психокорекційним, соціальним заходам, виконання яких необхідне на наступних етапах реабілітації. Застосування методологічних підходів

Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) дозволяє провести всебічний аналіз наявних обмежень життєдіяльності постраждалого.

Перелік приведених заходів складає «реабілітаційний цикл», який коротко описується як «оцінка – призначення – втручання – оцінка» [2]. Реабілітаційний цикл може застосовуватись або один раз, або декілька разів, залежно від потреб пацієнта, як на одному, так і на різних етапах реабілітації [2].

На сьогоднішній день загально прийнятим вважається положення про комплексний характер реабілітації. Застосування лише окремих методик реабілітації дозволяє досягти певних позитивних результатів, але ефективність такого підходу до реабілітації недостатня [4]. На думку дослідників [5] це обумовлено тим, що реабілітація є не просто комплексом заходів чи сумою більшої чи меншої кількості різних методів.

Під терміном реабілітація учасників бойових дій розуміють комплекс державних, соціально-економічних, медичних, психологічних, професійних та інших заходів на нормалізацію порушених і компенсацію втрачених функцій організму внаслідок поранення, ушкодження, захворювання, перебування в екстремальній ситуації, з метою відновлення бое- та працездатності. Фізична терапія є невід'ємною частиною загального комплексу відновного лікування поранених військовослужбовців внаслідок бойових дій.

Висновки. Впродовж останніх років в Україні розвиток реабілітаційної допомоги військовослужбовцям здобув потужного прискорення. Дані науково-методичної літератури демонструють, що реабілітація поранених вимагає концептуальних підходів, проведення чіткого аналізу та розуміння специфіки перебігу бойової травми за її періодами. Тому вбачається доцільним створення та апробація комплексних програм реабілітації поранених військовослужбовців на підставі МКФ. Використання методологічних підходів за МКФ – це шлях до функціональної незалежності, зменшення обмеження життєдіяльності, покращення якості життя поранених.

Список літератури

1. Бадюк М. І., Гайда І. М. Медична реабілітація учасників бойових дій на регіональному рівні. *Екстрена медицина: від науки до практики*. 2018. 1 (27). С. 21-30.
2. Кіх А.Ю., Волянський О.М. Форма та порядок складання індивідуальної програми медичної реабілітації військовослужбовців. *Наука і практика*. 2015. 1/2. С. 49-54.
3. Король С.О. Організаційні, діагностичні та лікувальні аспекти надання допомоги при вогнепальних пораненнях стопи. *Травма*. 2015. Том.16, №5. С.11-14.
4. Лікування поранених з бойовими травмами кінцівок (за досвідом АТО/ООС) : монографія / [кол. авт.: Гайко Г. В., Борзих О.В., Хоменко І. П., Лурін І. А. та ін.] ; за заг. ред. академіка Цимбалюка В. І. – Київ : [б. в.], 2020. – 194 с.
5. Ткачук І. М., Соколюк А. К., Та Чан Туан Лінь & Латищенко С. В. Комплексний аналіз показників втрати професійної придатності військовослужбовців Збройних Сил України з приводу хвороб системи кровообігу протягом 2016-2020 років. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т 3. № 1. С. 19–25. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1\(3\)-019](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.1(3)-019)
6. Ehde D.M, Czerniecki J.M, Smith D.G, et al. Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. *Arch Phys Med Rehab*. 2000. 81(8). P. 1039–1044.

Оксана БАРАН

аспірантка 1 курсу спеціальності «фізична терапія та ерготерапія»

Катерина ТИМРУК-СКОРОПАД

докторка наук з фізичного виховання і спорту, доцент,

професорка кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Львівський державний університет фізичної культури

імені Івана Боберського

АКТУАЛЬНІСТЬ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАСЛІДКАМИ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ

Вступ. Однією з найважливіших проблем, які впливають на віддалений прогноз передчасно народжених дітей, вважається бронхолегенева дисплазія [3, с. 43 - 52].

Бронхолегенева дисплазія (БЛД) – це дифузне паренхіматозне захворювання легень, яке є характерним для недоношених дітей, які потребували штучної вентиляції легень і кисневої терапії гострої дихальної недостатності в неонатальному періоді. Захворювання є хронічним, мультисистемним, з ним пов'язані не лише тривала госпіталізація, високий ризик ускладнень і смерті, але й значний тривалий фізичний, психологічний, соціальний та економічний тягар для родин хворих дітей [1, с. 169].

Бронхолегенева дисплазія є предиктором численних несприятливих наслідків для здоров'я у подальшому. Діти з БЛД та його віддаленими наслідками, у дошкільному віці, мають хронічні серцеві та легеневі порушення, проблеми з артеріальним тиском, затримкою росту та проблеми з розвитком нервової системи [2, с. 43 – 52].

Мета: оцінити актуальність впровадження програм легеневої реабілітації дітей дошкільного віку з наслідками БЛД.

Методи: огляд літератури в наукометричних базах даних PubMed і Google Scholar.

Результати. Сучасна медична практика забезпечила вищий відсоток виживання недоношених дітей у всьому світі проте частота і важкість захворювань, пов'язаних з передчасним народженням, зростають зі зменшенням гестаційного віку [3, с. 43 - 52].

Респіраторний дистрес-синдром і бронхолегенева дисплазія пов'язані, в першу чергу, з дифузними проблемами легень — залишаються провідними причинами смерті недоношених немовлят [3, с. 43 - 52].

Ряд досліджень свідчать, що з віком функція легень у хворих дітей може поліпшуватись, проте, у значної кількості, внаслідок структурних змін у дихальних шляхах і легеневій тканині, розвиваються хронічні патологічні процеси, які зберігаються протягом усього життя [3, с. 43 - 52].

Формування БЛД є чинником ризику затримки фізичного і психомоторного розвитку, неврологічних порушень, ретинопатії недоношених, визначаючи підвищену загальну захворюваність і смертність таких дітей у ранньому віці [3, с. 43 - 52].

Упродовж перших років життя, діти з наслідками бронхолегеневої дисплазії мають підвищений ризик розвитку бронхіальної астми та інфекцій нижніх дихальних шляхів [4, с. 765 - 773].

Легенева реабілітація є важливим компонентом менеджменту для дітей з легневими захворюваннями, такими як муковісцидоз, бронхолегенева дисплазія та бронхіальна астма. Метою легеневої реабілітації є поліпшення функції легень дитини, переносимості фізичних навантажень та якості життя. Зазвичай вона охоплює поєднання фізичної терапії, навчання правильному самообслуговуванню та управлінню хворобою, а також тренування з фізичної активності. Легенева реабілітація також може допомогти дітям легше справлятися з симптомами, зменшити кількість госпіталізацій та поліпшити загальний стан здоров'я. Для дитячих пульмонологів важливо скеровувати дітей з легневими захворюваннями на спеціалізовані програми легеневої реабілітації, щоб забезпечити їм комплексну допомогу.

Висновок. Незважаючи на значні досягнення перинатології частота БЛД у розвинених країнах упродовж останніх десятиріч зростає. Бронхолегенева дисплазія асоціюється з підвищеною захворюваністю і порушеннями розвитку не лише у ранньому дитинстві, а й у дорослому віці. У дорослих з БЛД в анамнезі функція легень не лише не досягає свого вікового максимуму, а й швидше погіршується, визначаючи вищий ризик розвитку хронічного обструктивного захворювання легень або навіть смерті. Саме тому, враховуючи несприятливі наслідки БЛД для здоров'я дітей дошкільного віку, впровадження

програм легеневої реабілітації, які покращать якість життя дітей, їх сімей та суспільства, є актуальною темою дослідження.

Список літератури

1. Roosevelt GE. Pediatric respiratory emergencies: diseases of the lungs. *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 2018. №9. С 169.
2. Koroglu O., Yalaz M., Levent E., Akisu M. Cardiovascular Consequences of Bronchopulmonary Dysplasia in Prematurely Born Preschool Children. *Neonatology aims & Scope – Karger Publishers*. 2013. С/ 283 – 289.
3. Добрянський Д.О., Меньшикова А.О., Борисюк О.П. Віддалені наслідки бронхолегеневої дисплазії у недоношених немовлят. *Сучасна педіатрія України*. 2019. №4. С 43-52.
4. Reilly M., Sozo F., harding R. Impact of preterm birth and bronchopulmonary dysplasia on the developing lung: Long-term consequences for respiratory health. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*. 2013. №11. С 765 – 773.

Ольга БЕКАС

канд. біол. наук.,

доцент кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання і фізичної реабілітації, фахівець з фізичної терапії, ерготерапії. Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського

Ліна БЕРЕЖЕННА

магістрантка спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія,

Вінницький державний педагогічний університет

імені Михайла Коцюбинського

Аліна БОЙКО

лікар-педіатр Міський центр комплексної реабілітації дітей з інвалідністю
Броварської міської ради Броварського району Київської області

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВПРАВ З ПРОГРЕСИВНИМ ОПОРОМ У ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ ДЦП

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) належить до числа досить поширених захворювань у дитячій популяції, що призводять до різного ступеня важкості інвалідизації дитини. Так, С.Річардс (С.Richards) та Ф.Малуїн (F.Malouin) визначають ДЦП як непрогресивний розлад, який впливає на розвиток руху та постави, викликаючи обмеження активності дитини [6, с. 83]. ДЦП можна класифікувати за типом рухового розладу як спастичний, атетоїдний, атаксичний та змішаний; за іншим підходом, опираючись на клінічні ознаки порушень, при ДЦП констатують геміплегії, диплегії або квадриплегії, з яких спастична диплегія є найбільш поширеним типом [3, с. 53].

Зокрема, спастичність, викликана пошкодженням пірамідальних нейронів головного мозку, визначається як залежний від швидкості опір розтягуванню. Дослідження окремих науковців доводять, що через спастичність, початок постуральної м'язової активності у дітей з ДЦП затримується в порівнянні з дітьми, що нормально розвиваються. Крім того, порушення спостерігалось при секвенуванні м'язів; додатково спостерігається підвищений рівень спільної активації м'язів-агоністів і антагоністів у суглобі, що призводить до зниження рівноваги [1; 5, с. 78].

Проаналізовані нами наукові джерела дозволяють стверджувати, що ДЦП – це неврологічне порушення, яке може викликати вторинні зміни опорно-рухового апарату, такі як зниження м'язової сили, скутість або контрактури навколо суглобів і патології, як кісткових структур, так і ходи. Тому в дітей спостерігається ослаблення м'язів через відсутність активації рухових одиниць й товщини в 50% дрібних м'язів. Також знижена сила розгинача коліна та підшовного згинача надп'яtkово-гомількового суглоба, зменшення товщини

стегнової кістки в порівнянні з дітьми, що нормально розвиваються. Товщина сухожилка чотириголового м'яза стегна, що свідчить про силу нижніх кінцівок, впливає на якість життя дітей з ДЦП. Так, дослідження Aviram R. (2016) показує, що діти з більш товстими сухожилками квадрицепса стегна беруть більше участь в різних видах діяльності [4, с. 347]. Опираючись на вище сказане, слід підкреслити значимість зміцнення нижніх кінцівок при реабілітації дітей з ДЦП.

Таким чином, у науковій літературі ми знайшли низку методів зміцнення м'язів, рекомендованих дітям з спастичними формами ДЦП, зокрема функціональні вправи з прогресивним опором (ФВПО), ізокінетичні тренування, заняття на вело- і біговій доріжках, силові тренування, гідрокінезотерапія, елементи спортивно-прикладних і рекреаційних вправ, лікування преформованими фізичними чинниками тощо [2, с. 214]. До недавнього часу вважалося недоцільним застосування силових тренувань у реабілітації дітей з ДЦП, через провокацію підвищення спастичності або формування патологічних моделей рухів. Так, м'язи дітей з ДЦП мають підвищену кількість колагену, який сковує рухи. Це збільшення колагену відповідає за розвиток контрактури, тим самим впливаючи на пасивні в'язко-пружні особливості м'язів і надаючи вплив на внутрішній опір м'язів при виконанні пасивного руху суглоба. Слабкий м'яз-агоніст може не допустити повного подовження м'яза-антагоніста, що призведе до розвитку контрактури, а підвищення пасивної напруги призводить до м'язової слабкості.

Scholtes V. (2022) доводить, що застосування функціональних вправ з прогресивним опором (ФВПО) протягом шести тижнів дозволяє поліпшити силу м'язів нижніх кінцівок у дітей з ДЦП без підвищення спастичності [7, с. 90]. Загалом ФВПО забезпечують достатній опір, щоб низька кількість повторень (зазвичай 8–12) могла бути завершена до того, як настане втома. ФВПО представлені такими вправами, як сидіння на стійці, напівколінне стояння і бічний крок. Дослідження антигравітаційних вправ з близьким кінематичним ланцюгом [5, с. 78; 7, с. 181] показали, що ФВПО ефективно

збільшують силу м'язів, тим самим полегшуючи спільне скорочення нижніх кінцівок і дозволяючи м'язам-агоністам і антагоністам ефективно працювати, що призводить до зниження м'язового тонусу в ураженій нижній кінцівці.

Вивчення сучасних літературних джерел дозволило встановити, що існує досить багато розроблених методів для корекції м'язового тонусу ніг у дітей з ДЦП. На нашу думку, функціональні вправи з прогресивним опором доцільно застосовувати у програмах лікувальної фізичної культури, поєднуючи з механотерапією у системі комплексного відновного лікування дітей зі спастичними формами ДЦП.

Список літератури

1. Бекас О., Бекас В., Сулима А., Мацейко І. Вдосконалення рухових функцій у дітей з нижнім спастичним парепезом засобами фізичної реабілітації. *Фізична активність і якість життя людини: зб. тез доп. IV Міжнар.наук.-практ. Інтернет-конф.* Луцьк: Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2020. С. 85.

2. Воронанська Л., Євсютіна В. Сучасні методи фізичної реабілітації дітей, хворих на дитячий церебральний параліч. *Слобожанський науково-спортивний вісник.* 2009. № 3. С. 214.

3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.04.2013 № 286). 2013. 53 с.

4. Aviram R. Effects of a group circuit progressive resistance training program compared with a treadmill training program for adolescents with cerebral palsy. *Dev. Neurorehabilit.* 2016. P. 347-354.

5. Patikas D., Wolf S., Armbrust P., Mund K., Schuster W., Dreher T., Doderlein L. Effects of a postoperative resistive exercise program on the knee extension and flexion torque in children with cerebral palsy: a randomized clinical trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016. P. 78.

6. Richards C., Malouin F. Cerebral palsy: definition, assessment and rehabilitation. *Handb. Clin. Neurol.* 2021. P. 83-95.

7. Scholtes V. Effectiveness of functional progressive resistance exercise training on walking ability in children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Res. Dev. Disabil.* 2022. P.181-188.

Олена БІСМАК

д. фіз. вих.,

професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Національний університет фізичного виховання і спорту України

Вікторія ГАЙДАЙ

студентка 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) має велику медико-соціальну значущість. Розповсюдженість ХП висока (приблизно 6,1 млн осіб у світі) та стрімко зростає за останні роки [7, с. 4]. Соціально-економічний тягар ХП для суспільства величезний. Хвороба може тривати десятки років, що є унікальним для дегенеративних захворювань. Типова клінічна картина ХП характеризується повільним прогресуванням та розвитком інвалідності. ХП також негативно впливає на якість життя близьких осіб, які доглядають хворих [6, с. 24]. Пацієнти із ХП стикаються зі значними проблемами в повсякденній діяльності. Згідно із сучасними дослідженнями, заходи фізичної терапії можуть сприяти покращенню фізичних можливостей та якості життя осіб із ХП [5, с. 451].

Мета дослідження – за даними аналізу літератури дослідити сучасні підходи до фізичної терапії при хворобі Паркінсона.

Результати дослідження. Аналіз наукової літератури дозволив виділити основні напрямки застосування заходів фізичної терапії при ХП: трансфери, вправи для корекції постави, вправи для розвитку рівноваги, тренування ходи, вправи для розвитку витривалості, вправи із застосуванням технологій віртуальної реальності [2, с. 2296; 5, с. 451]. Розуміння та рутинне застосування цих стратегій є важливим та корисним у практиці реабілітації осіб із ХП [2, с. 2296]. Згідно з даними дослідження Ypinga J.H.L. et al. (2018), фізичні терапевти, які пройшли спеціальну підготовку щодо науково-доказових методів втручання при ХП, отримували кращі результати реабілітації за менших витрат, порівняно з фізичними терапевтами, які мали загальну підготовку [4, с. 153].

Багато стратегій фізичної терапії ґрунтуються на компенсації порушеної рухової функції в осіб із ХП за рахунок альтернативних рухових програм, які дозволяють «оминути» пошкоджені схеми базальних гангліїв. Добре відомим прикладом є людина з ХП, яка має сильні застигання при ходьбі, але при цьому може без складнощів їздити на велосипеді [2, с. 2296].

Існує велика кількість різноманітних компенсаторних підходів при порушеннях ходи, розроблених безпосередньо пацієнтами із ХП. У дослідженні Nonnekes J. et al. (2019) ці підходи були класифіковані на 7 основних категорій та запропоновані для використання в якості основи для індивідуалізованих реабілітаційних програм [3, с. 718].

Важливою проблемою є визначення оптимальних параметрів занять для осіб із ХП. Декілька досліджень підкреслюють переваги аеробних вправ як симптоматичної терапії при ХП. За даними Mirelman A. et al. (2016), поєднання кардіотренувань із зануренням у тривимірне середовище віртуальної реальності було більш ефективним, ніж застосування лише аеробних вправ, для зменшення ризику падінь в осіб із ХП [1, с. 1170].

Останні дані вказують на те, що вправи більш високої інтенсивності є більш ефективними щодо зменшення симптоматики ХП, порівняно з низькоінтенсивними навантаженнями. Проте для багатьох осіб із ХП важко підібрати відповідний режим занять, який би відповідав їхнім можливостям та

дозволяв виконувати фізичні вправи протягом тривалого періоду часу. Покращення комплайенсу до виконання домашньої програми фізичної терапії серед осіб із ХП спостерігали при використанні елементів гейміфікації (винагорода учасників за регулярні заняття) [2, с. 2296]. Таким чином, впровадження інноваційних технологій у процес фізичної терапії осіб із ХП дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних заходів.

Висновки. ХП є дуже розповсюдженим нейродегенеративним захворюванням, що має величезний глобальний вплив. Завдяки індивідуалізованим реабілітаційним втручанням, які здійснюються кваліфікованими фахівцями, можливо досягти певних успіхів у лікуванні ХП. Правильно підібрані заходи фізичної терапії поліпшують різні аспекти рухової функції та якість життя пацієнтів із ХП.

Список літератури

1. Addition of a non-immersive virtual reality component to treadmill training to reduce fall risk in older adults (V-TIME): a randomised controlled trial / Mirelman A. et al. *Lancet*. 2016. № 388. P. 1170–1182.

2. Bloem B. R., Okun M. S., Klein C. Parkinson's disease. *Lancet*. 2021. №397(10291). P. 2284–2303.

3. Compensation Strategies for Gait Impairments in Parkinson Disease: A Review / Nonnekes J. et al. *JAMA Neurol*. 2019. № 76(6). P. 718–725.

4. Effectiveness and costs of specialised physiotherapy given via Parkinson Net: a retrospective analysis of medical claims data / Ypinga J. H. L. et al. *Lancet Neurol*. 2018. № 17. P.153–161.

5. Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research / Keus S. H. J. et al. *Mov. Disord*. 2007. № 22. P. 451–460.

6. Patient and caregiver characteristics associated with caregiver burden in Parkinson's disease: a palliative care approach / Macchi Z. A. et al. *Ann Palliat Med*. 2020. № 9 (suppl 1). P. 24–33.

7. The emerging evidence of the Parkinson pandemic / Dorsey E. R. et al. *J Parkinsons Dis.* 2018. № 8. P. 3–8.

Юрій БОДНАР

студент 5 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Наталія КОЗІК

ст. викладач

кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНСУЛЬТАМИ

Інсульт (перекладається з латинського «удар») – є однією з найважчих форм судинних уражень головного мозку. У розвинених країнах інсульт займає друге-третє місце в структурі захворюваності та смертності. Він завдає суспільству значних економічних втрат, оскільки призводить до інвалідизації населення працездатного віку та значних витрат на тривале лікування й відновлення. «В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, пов'язана з наслідками інсульту. На відміну від багатьох інших країн, де ця хвороба займає серед причин смертності третє місце, у нас він значно випередив злякисні новоутворення й упевнено займає друге місце» – стверджує Х. В. Юхимчук [1, С. 23]. Головними причинами інсульту є гіпертензії, атеросклероз судин головного мозку, захворювання надниркових залоз, хронічний нефрит, хвороби крові, інфекція та інтоксикація.

Етапи лікування хворих на мозковий інсульт поділяють на:

- догоспітальний (надання допомоги лінійними та спеціалізованими бригадами екстреної медичної допомоги);
- госпітальний (інтенсивна терапія в інсультних відділеннях);

- відновного лікування (ангіоневрологічні, неврологічні, реабілітаційні відділення, кабінети поліклінік, санаторії);
- диспансерний (сімейні лікарі, районні неврологи) (Віничук С.М., 2004; Зозуля А. І., 2012).

Ранню реабілітацію починають з перших годин в гострому періоді захворювання при відсутності протипоказів. Продовжується раннє відновлення протягом перших 3-6 міс. після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). На першому етапі крім інтенсивної фармакологічної корекції порушень функцій дихальної, серцево-судинної систем, гомеостазу, психоемоційного стану хворого, застосовують лікування положенням, дихальні вправи, терапевтичні вправи (1-й та 2-й режими), пасивні рухи кінцівок, а також ранню вертикалізацію хворого з урахуванням його стану.

У відновленні застосовують заходи для поліпшення рухової активності, координації, рівноваги, когнітивних функцій, відновлення самообслуговування.

При інсультах використовують терапевтичні вправи, лікувальну гімнастику, масаж, електротерапію, лазеротерапію, магнітотерапію, парафінові й озокеритові, аплікації, гідротерапію, фітотерапію, дієтотерапію, засоби народної медицини, заняття із психологом і логопедом, ерготерапію, професійну та соціальну корекцію [2, С. 3].

Масаж сприяє гальмуванню в ЦНС, знижує біль, покращує працездатність м'язів, активує кровообіг в уражених кінцівках. Починають на 4-6-й день після стихання гострих мозкових явищ для попередження контрактур, деформацій і суглобових болів. Критерієм інтенсивності масажу вважається тонус м'язів: чим він нижчий, тим активніше проводиться масаж.

Масаж комбінують з обережним проведенням пасивних рухів. Якщо підвищений м'язовий тонус ще не появився, немає тугорухливості (контрактури), то пасивні й активні рухи починають з дистальних відділів.

При тугорухливості суглобів, підвищеному м'язовому тонусі та синкинезіях рухи починають з великих суглобів. При цьому дотримуються принципу малих амплітуд щоб не травмувати суглоби.

Пасивні вправи виконують повільно, щоб не допустити наростання тонусу або болю. Різкі пасивні рухи при розтягуванні спастично скорочених м'язів можуть спричинити рефлекторне скорочення м'язів. Важливо також виконувати рухи в одній площині. У пацієнта поступово відтворюють пропріоцептивну інформацію в паретичних кінцівках для забезпечення активних рухів надалі. Пасивні рухи закінчують лікувальним положенням.

Пізніше послідовно приєднують активні рухи здоровою кінцівкою, а потім – пасивні, ураженою. Активні вправи виконують у повільному та спокійному темпі без форсування об'єму рухів із розгиначами верхньої кінцівки та згиначами нижньої, для профілактики геміплегічної контрактури. Працюють в різних режимах роботи. Пацієнтам рекомендують також проводити ідеомоторні вправи.

Хворого поступово готують до вставання, змінюючи його положення в ліжку, повертаючи на бік, на спину, переводять в положення сидячи. Привчають хворого сидіння в ліжку з моменту появи довільних рухів у тазостегновому суглобі, з урахуванням загального стану пацієнта.

Розвиток м'язової сили паретичних м'язів сприяє зниженню спастики. Виконують вправи з опором в різних площинах і напрямках у 2-3-х суглобах.

При підвищенні тонусу в спастичних групах м'язів знижують число повторів вправ і силу м'язового напруження. У цьому випадку недоцільно застосовувати вправи з обтяженням.

Профілактика порочних співдружних рухів полягає у правильному лікуванні положенням; навчанні пацієнта дозованого та диференційованого напруження м'язових груп, починаючи з мінімальних; навчанні контролю появи співдружних рухів у певних м'язах (активне та пасивне пригнічення синкінезій).

Відновлювальна терапія при інсультах сприяє запобіганню розвитку вторинного інсульту, який розвивається у 4-14% випадків. Ефект і тривалість відновлення залежить від обсягу пошкодження мозку, його локалізації та побудови реабілітаційного процесу.

Список літератури

1. Юхимчук Х. В. Реабілітація хворих з інсультом. *Медсестринство*. 2018. № 3 С. 23–26

2. Родін В. О. Ананьева Т. Г. Фізична реабілітація хворих після перенесеного ішемічного інсульту в ранньому відновлювальному періоді. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2011. №1. С. 92–95

Анастасія БОЙЧЕНКО

студентка 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ВПЛИВ ПЕРЕКОНАНЬ ТА УСТАНОВОК ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ НА ПРОЦЕС ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БОЛЮ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Вступ. Хронічний біль у поперековому відділі хребта (ХБПХ) є складним розладом, в основі розвитку якого – множинні фізичні, психологічні та соціальні фактори, що призводять до тривалої втрати працездатності. У клінічних настановах з менеджменту ХБПХ для прийняття рішення щодо ведення пацієнта рекомендується здійснювати оцінку біопсихосоціальних факторів, оскільки вони є важливими детермінантами результату терапії [1, с. 20175]. Встановлено, що біопсихосоціальний підхід є кращим за біомедичний підхід у терапії ХБПХ, проте фізичні терапевти, як правило, погано дотримуються його у практичній діяльності [2, с. 790; 4, с. 156799]. Переконавання фахівця щодо здоров'я та хвороби, ймовірно, відіграють ключову роль у виборі ним підходу до лікування пацієнтів. Також установки та переконання медичних працівників впливають на формування установок та переконань пацієнтів, а отже, на результати їхнього відновлення. Існує ряд досліджень даної проблематики, які в основному зосереджені на вивченні

переконань лікарів загальної практики. Проблемі впливу на пацієнтів із ХБХП установок та переконань фізичних терапевтів приділено менше уваги [3, с. 133].

Мета дослідження – ґрунтуючись на даних літератури дослідити вплив переконань фізичних терапевтів на процес та результати терапії осіб із ХБХП.

Результати дослідження. У попередніх дослідженнях було показано, що переконання медичних працівників щодо ХБПХ впливає на переконання пацієнтів [2, с. 783]. Було доведено, що установки фахівців на унікаючу поведінку були пов'язані з високим рівнем кінезіофобії та унікаючої поведінки їхніх пацієнтів. Надто обережний і пасивний підхід в роботі фізичного терапевта може призвести до пасивної поведінки та формування шкідливих переконань щодо рухової активності у пацієнта із ХБПХ. Дослідження також показали, що велика кількість фізичних терапевтів більш схильні застосовувати біомедичний підхід у лікуванні ХБПХ, надаючи великого значення тяжкості пошкодження тканин, зосереджуючись на біомеханічних факторах та не враховуючи психосоціальні чинники пацієнта при виборі втручань [3, с. 141].

Варто зауважити, що пацієнти із ХБПХ часто мають сформовані переконання та установки, які відповідають біомедичній моделі болю в спині (наприклад, очікують призначення знеболюючих препаратів та мануальної терапії). В той же час біопсихосоціальний підхід рекомендує фізичним терапевтам враховувати очікування пацієнтів задля встановлення хороших відносин «терапевт-пацієнт». Таким чином, фізичний терапевт може стикатися із суперечностями між рекомендаціями настанов та бажаннями пацієнта. Добре відомо, що взаємодія між фізичним терапевтом та пацієнтом може впливати на результат терапії [5, с. 1099]. Тому в таких випадках рекомендовано надавати поради відповідно до розуміння та очікувань пацієнта, щоб уникати конфлікту та сприяти формуванню хороших відносин між терапевтом та пацієнтом, що буде корисним для результатів терапії [3].

Нещодавні дослідження показали, що необхідна подальша робота щодо впровадження рекомендацій із застосування біопсихосоціальної моделі терапії ХБПХ. Оскільки фізичні терапевти здебільшого зосереджені на усуненні

біомеханічних проблем при ХБПХ, важливим кроком у вдосконаленні лікування хронічного болю в поперек є навчання фізичних терапевтів стратегіям ідентифікації та лікування психосоціальних проблем пацієнта. Фізичні терапевти повинні розуміти, що деякі характеристики поведінки пацієнта, які часто стигматизуються, – погана мотивація або залежність від пасивної терапії, – можуть насправді свідчити про наявність інших факторів, таких як депресія або тривога, які потребують додаткових втручань [6, с. 67].

Висновки. Вірування та погляди фізичних терапевтів, а також відносини «терапевт-пацієнт» впливають на процес та результати фізичної терапії при ХБПХ. Пацієнт-орієнтований підхід, який лежить в основі співпраці фізичного терапевта та пацієнта, враховуючи переконання їх обох, може сприяти усуненню бар'єрів у лікуванні та підвищенню ефективності фізичної терапії ХБПХ.

Список літератури

1. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care / Koes B. W. et al. *Eur Spine J.* 2010. № 19.
2. Daykin A. R., Richardson B. Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine.* 2004. № 29.
3. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies / Gardner T. et al. *Journal of Physiotherapy.* 2017. № 63. P. 132–143.
4. The influence of physical therapy guideline adherence on healthcare utilization and costs among patients with low back pain: a systematic review of the literature / Hanney W. J. et al. *PLoS ONE.* 2016. №11. P. 156799.
5. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review / Hall A. M. et al. *Phys Ther.* 2010. № 90. P. 1099–1110.

6. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. Synnott A. et al. *Journal of Physiotherapy*. 2015. № 61. P. 67–68.

Євген ВАСИЛЕНКО

к. фіз. вих.,

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ДІАНА КУКОВАЛЬСЬКА

студентка 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ КОКСО-ВЕРТЕБРАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Вступ. Коксо-вертебральний синдром (Hip-Spine syndrome) – поєднана патологія кульшового суглоба та попереково-крижового відділу хребта, яка доволі часто зустрічається в популяції людей похилого віку. Під цим терміном розуміють поліморфний в етіопатогенетичному відношенні та ізоморфний щодо клінічних проявів симптомокомплекс, що характеризується больовим синдромом, функціональними порушеннями та змінами анатомо-біомеханічних взаємовідносин у системі «попереково-крижовий відділ хребта – кульшові суглоби» внаслідок розвитку міотонічного, міодистрофічного, нейрокомпресійного синдромів, ангіотрофічних порушень, що призводять до виникнення та прогресування дистрофічних змін [1, с. 77].

Розповсюдженість коксо-вертебрального синдрому (КВС) в останні роки зростає, особливо в популяції осіб похилого віку. Проте в результатах лікування КВС прогресу не спостерігається [2, с. 384]. Згідно з даними попередніх досліджень, заходи фізичної терапії можуть підвищувати ефективність лікування КВС, що обумовлює актуальність теми дослідження.

Мета дослідження – за даними аналізу літературних джерел визначити сучасні підходи до фізичної терапії при КВС.

Результати дослідження. Фізична терапія хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта та кульшових суглобів спрямована на повноцінне функціональне, соціально-побутове і професійне відновлення пацієнтів.

При КВС необхідно застосувати системний підхід, який ґрунтується на ретельній первинній оцінці стану пацієнта, що включає аналіз історії хвороби, фізикальне обстеження, результати візуалізації та цілеспрямовані діагностичні втручання з метою виявлення первинного джерела болю [3, с.270].

Відповідно, заходи фізичної терапії мають бути спрямована на усунення першопричини больового синдрому.

У більшості випадків КВС (за відсутності так званих червоних прапорців) необхідним є комплексний підхід до фізичної терапії, який включає модифікацію фізичної активності, терапевтичні вправи та мануальні техніки [3, с.270].

Відсутність очікуваної реакції або постійні симптоми після будь-якого конкретного втручання при КВС може свідчити про неправильну діагностику первинного джерела болю або про більш складний випадок КВС, при якому першоджерела болю не існує. Тим не менш, після перегляду діагностичного алгоритму та ревізії реабілітаційних цілей, часто можна успішно впоратися і з такими складними випадками [3, с.270; 2, с. 385].

Також важливо розуміти, що біль може повністю не зникнути. Пацієнти можуть відчувати постійні або тривалі симптоми, пов'язані з супутньою патологією, тому вони мають бути проінформовані та отримати відповідну консультацію щодо менеджменту хронічного больового синдрому [2, с. 385].

Слід зазначити, що методи фізіотерапевтичного втручання при КВС все ще не мають достатнього наукового обґрунтування. Пошук в базах даних наукової інформації виявив лише поодинокі дослідження, в яких представлені клінічні випадки та серії клінічних випадків щодо застосування заходів

фізичної терапії при КВС. Це відкриває перспективи для подальших досліджень, які можуть сприяти підвищенню ефективності лікування даної патології.

Висновки. Одним із актуальних завдань реабілітації є забезпечення високого рівня фізичної працездатності, якості життя і продовження активного життєвого періоду хворих із КВС засобами фізичної терапії. Не зважаючи на брак даних щодо застосування заходів фізичної терапії в осіб із КВС, наявні дані дають підґрунтя розглядати терапевтичні вправи, мануальні техніки та модифікацію фізичної активності як перспективні методи терапевтичного впливу при КВС.

Список літератури

1. Нейрогенні фактори розвитку кульшово-поперекового синдрому (Огляд) / Заєць В. Б. та ін. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2021. № 1. С. 76–80.
2. Burns S. A., Mintken P. E., Austin G. P. Clinical decision making in a patient with secondary hip-spine syndrome. *Physiother Theory Pract*. 2011. № 27(5) P. 384–97.
3. Dutton R. A. Review of Hip-Spine Syndrome. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*. 2019. № 7. P. 264–274.

Андрій ГЕРЦИК

д.н. з фізичного виховання, професор
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Українського католицького
університету, м. Львів,

Зінаїда БОЯРЧУК

студентка 6 курсу спеціальності “Фізична терапія та ерготерапія”

факультету наук про здоров’я

Українського католицького університету, м. Львів.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НА ОСНОВІ МЕТОДУ МАККЕНЗІ ОСІБ З БОЛЕМ У ПОПЕРЕКОВІЙ ДІЛЯНЦІ ХРЕБТА

Вступ. Хронічний біль у спині є другою з основних причин інвалідності в усьому світі та серйозною медичною й економічною проблемою. Вона має значний негативний вплив на функціональну здатність і професійну діяльність. На біль можуть впливати такі психологічні фактори, як стрес, депресія та/або тривога [1]. Однак, оскільки основні патологічні фактори або фактори, що спричиняють біль, ще не визначені, розробка ефективних методів лікування укладнена [2]. У економічно розвинених країнах понад 70% людей періодично відчують біль у поперековій ділянці хребта (БПДХ) [3]. Хронічний біль в попереку - це біль тривалістю понад три місяці, який спричинений напруженням м'язів або скутістю. Він локалізується у нижній частині спини від нижнього краю дванадцятого ребра до нижніх сідничних складок з або без болю, що іррадіює в одну або обидві нижні кінцівки [4]. Одування не завжди є повним: 82% осіб відчують його упродовж року і довше. Значний відсоток пацієнтів з хронічним БПДХ і початково добрим прогнозом витрачають місяці або роки на пошуки полегшення [5]. Тому видається актуальним обґрунтування впливу фізичної терапії у осіб з хронічним болем в поперековій ділянці хребта.

Матеріал та методи. Здійснено пошук у наукових базах даних Кокранівської бібліотеки, PubMed, Google Academic, Pedro і проаналізовано джерела з тематики дослідження. Вибрано такі клінічні методи дослідження: VAS, опитувальник болю McGill, оцінка якості життя SF-36(Rand), індекс інвалідності Oswestry, опитувальник Роланда Морріса, Квебекська шкала інвалідності. У дослідженні беруть участь пацієнти з хронічним

Аналіз наукової літератури з актуальної тематики показав, що оптимальним методом втручання може бути навчання пацієнтів самостійному менеджменту болю, виконання фізичних навантажень та залучення до активного способу життя.

Результати: на основі аналізу та синтезу зібраної інформації про ефективні методи менеджменту хронічного БПДХ було створено три програми фізичної терапії. У них поєднано метод Маккензі з силовими вправами, вправами на баланс і рівновагу. У експериментальній частині дослідження буде перевірено вплив трьох варіантів комплексної фізичної терапії на зменшення болю й підвищення рівня якості життя.

Висновки: встановлено актуальність даної проблеми, проаналізовано науково-методичну літературу з проблематики хронічного болю в поперековій ділянці хребта, зокрема методів його визначення, епідеміології, етіології, патогенезу, фізичної терапії. Розроблено варіанти комплексної фізичної терапії на основі методу Маккензі осіб з хронічним БПДХ, триває їх експериментальна перевірка.

Список літератури

1. Downie A, Williams CM, Henschke N, ect. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain. (2014) British journal of sports medicine.
2. Vincent E. Casiano, Gurpreet Sarwan, Alexander M. Dydyk. Back pain. 2019 Jan; [Bookshelf ID: NBK538173]
3. Hoy D, March L, Brooks P? ect The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis 2014 ;73: 968–974
4. Hartvingsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Glenn Pransky, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2015; 386: 2145-2191.
5. Allegri M, Montella S, Salici F, Valente A, Marchesini M, Compagnone C, Baciarello M, Manfredini ME, Fanelli G. Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy. F1000Research. 2016

Антоніна ГУРСЄВА

к. фіз. вих., доцент

кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного

виховання і здоров'я,

Запорізький державний медичний університет

Дар'я ПЕТУНІНА

Студентка 2 курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

На сьогоднішній день остеохондроз хребта одна з найпоширеніших проблем, що вражає людей не тільки в середньому і старшому віці, але й в молодому [1, 2, 3]. Згідно зі статистикою ВООЗ, від шийного остеохондрозу страждають люди у віці від 30 до 40 років. Фахівці звертають увагу на зниження порогу за віком, що пов'язано із значним зниженням рухової активності, зайвою вагою, неправильним режимом сну, травмами, професійною діяльністю, кількістю проведеного часу з тривалим вимушеним положенням тіла в роботі за комп'ютером, телефонами (дистанційна форма навчання та роботи пов'язані з епідемією COVID-19 та введенням воєнного стану в Україні).

За даними багатьох авторів, порушення в шийному відділі хребта, зустрічається у 31% випадків всіх його проявів, а біля 10% людей стають інвалідами. Ця хвороба триває довго і буває з ускладненнями і схильна до рецидиву [2].

Остеохондроз хребта являє собою дистрофічно-деструктивний процес, який розвивається в кістково-хрящовій тканині і проявляється змінами

міжхребцевих дисків, м'язово-зв'язкового апарату, що оточують хребет, а також біомеханічними змінами тканин хребетного стовпа. Шийна частина хребта найбільш схильна до травм, що обумовлено анатомічними особливостями шийних хребців, так як вона найрухливіша і в той же час має слабкий м'язовий корсет та піддаються дегенеративно-дистрофічним змінам.

Основними симптомами шийного остеохондрозу слугують: біль в шиї, особливо при поворотах або після сну; оніміння або поколювання в ділянці руки, плеча, лопатки, шиї; хрускіт при повороті головою; шум та дзвін в вухах; нудота; порушення зору; нестабільність артеріального тиску [3].

Лікування захворювання вимагає комплексних заходів: фізичної терапії, медикаментозного лікування та оперативне втручання, якщо інші методи не приносять результату [2, 4]. Тільки медикаментозне лікування зазвичай є малоефективним, тому що препарати усувають лише симптоми захворювання, а не долають проблему в корені. До того ж вони шкідливі для здоров'я та можуть негативно вплинути на роботу інших органів.

При лікуванні остеохондрозу шийного відділу хребта, провідним методом є саме фізична терапія. Засоби фізичної терапії підбираються з урахуванням вираженості симптомів, стадії захворювання, причин його виникнення та індивідуальних особливостей пацієнта. Лікування спрямоване на поліпшення кровопостачання головного мозку і тканин, що оточують шийний відділ хребта, збільшення рухливості блокованих сегментів шийного відділу хребта, зменшення больового і міотонічного синдрому [4]. Застосовують комплекси терапевтичних вправ (для поліпшення кровообігу, зміцнення м'язового корсету, усунення обмеження рухливості хребців, збільшення обсягу рухів, дозволяють відновити нервово-м'язові зв'язки), постізометричну релаксацію, мануальну терапію, кінезіотерапію, гідрокінезотерапію, лікувальний масаж та фізіотерапевтичні методи лікування (електротерапію і магнітотерапію) [1-4].

Провідні фахівці інституту вертибрології та реабілітації [4], для ефективних результатів лікування, використовують фінсько-німецьку методику David. В ході комплексного комп'ютерного тестування збирається інформація

про стан шийного відділу хребта, визначається асиметрія і сила м'язів у шийному відділі. На підставі цих показників розраховується можливе навантаження і формується індивідуальна програма занять на сучасних медичних тренажерах.

Для попередження розвитку шийного остеохондрозу рекомендується: стежити за своєю поставою, збалансовано харчуватися, спати з невисокою або плоскою подушкою на ортопедичному матраці. Знизити ризик також допоможуть адекватна рухова активність (у тому числі у перервах при сидячій роботі), помірні фізичні навантаження (оптимально – плавання) та уникати переохолодження.

Список літератури

1. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия : [монографія]. / В.П. Веселовский. Рига, 2011. 341 с.
2. Лікування остеохондрозу шийного відділу хребта. URL: <https://www.active-center.com.ua/uk/shejnyj-osteokhondroz>
3. Пустовойт Б. Сучасні принципи фізичної реабілітації хворих на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. *Слобожанський науковоспортивний віник*. 2018, № 2(64). С. 50-53.
4. Сучасні методи лікування шийного остеохондрозу. Інститут вертебрології та реабілітації. URL: <https://ivr.ua/ua/sovremennyye-metody-lecheniya-osteoxondroza>

Володимир ГУСАК

к. мед. н.,
доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної
допомоги,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Андрій СЛОБОЖАНІНОВ

викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту,

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ ШЛУНКА

Хвороби органів травлення посідають одне з провідних місць в структурі соматичної патології. На початок 2021 року в Україні було зареєстровано близько 5 млн. хворих з цією патологією різного ступеня важкості». Висока захворюваність, а також значна частота рецидивування (20-25% в порівнянні з країнами Європи) ставлять цю проблему в перший ряд по невідкладності вирішення [1, с.18]. Зважаючи на високу поширеність цієї патології, а також схильність до прогресування та виникнення частих ускладнень, проблема боротьби з нею є вельми актуальною.

Мета дослідження – проаналізувати ефективність застосування методів фізичної терапії у комплексному лікуванні та реабілітації хворих із виразковою хворобою шлунку.

В дослідженні взяли участь 40 хворих з ВХШ, віком від 28 до 55 років. Тривалість захворювання становила від 2-х до 5-ти років в середньому – 3,5 роки. Усі хворі були розподілені на 2 групи – експериментальну (20 осіб) і контрольну (20 осіб). Пацієнти обох груп перебували в стані ремісії і підлягали інтенсивній реабілітації. Хворим експериментальної групи, крім загальноприйнятих методів лікування, які використовуються в поліклініці, призначали комплекси терапевтичних вправ, масаж і дихальні вправи.

Результати порівняльного аналізу динаміки основних клінічних показників в обох досліджуваних групах наведені в Таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка змін основних клінічних симптомів впродовж періоду лікування хворих експериментальної та контрольної груп

Назва симптому	Експериментальна група (n=20)		Контрольна група (n=20)	
	Початок	Кінець	Початок	Кінець

	лікування	лікування	лікування	лікування
Біль в епігастральній ділянці	20 (100 %)	2(10%)	20 (100%)	4 (20%)
Астеновегетативний синдром	20 (100 %)	1 (5%)	20 (100 %)	3 (15%)
Печія	20 (100%)	-	15 (75%)	1 (5%)
Диспептичний синдром	14 (70%)	2 (10%)	20 (100 %)	3 (15%)
Відригування	10 (50%)	-	10 (50%)	1 (5%)
Порушення апетиту	20 (100 %)	3 (15%)	20 (100 %)	5 (25%)

[авторська розробка]

Дані, які наведені в Таблиці 1, свідчать про значну ефективність використання кінезіотерапії з акцентом на дихальні вправи і масажу, як дієвих методів фізичної реабілітації при виразковій хворобі шлунку, що проявляється в зменшенні основних клінічних проявів захворювання в експериментальній групі: болі в епігастральній ділянці зменшились з 20 (100%) до 2 (10%)% пацієнтів, астеновегетативний синдром – з 20 (100%) до 1 (5%), диспептичний синдром – з 20 (100%) до 2 (10%). В контрольній групі ці показники були дещо гіршими: болі в епігастральній ділянці зменшились з 20 (100%) до 4 (20%)% пацієнтів, астеновегетативний синдром – з 20 (100%) до 3 (15%), диспептичний синдром – з 20 (100%) до 3 (15%).

Деякі прояви захворювання – такі, як печія та відригування в експериментальній групі зникли, в той час як в контрольній групі вони продовжували турбувати 5% хворих.

Порушення апетиту, що відзначали всі пацієнти обох досліджуваних груп в кінці курсу реабілітації залишилось у 3 (15%) хворих експериментальної групи і 5 (25%) контрольної.

Проведений нами аналіз медичної документації (виписки з історій хвороби, амбулаторні картки, журнали обліку процедур та ін.) стосовно пацієнтів – учасників обох досліджуваних груп демонструє позитивну динаміку всіх клінічних показників, яка в більшій мірі проявлялася у учасників експериментальної групи.

Список літератури

1. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення. *Сучасна гастроентерологія і гепатологія*. 2021. № 1. С. 17—20.

Володимир ГУСАК

к. мед. н.,
доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної
допомоги,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНОНЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК

У лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок досягнуто певних успіхів, однак ця проблема сучасної хірургії залишається однією з найбільш гострих і актуальних. Необхідність подальшого удосконалення лікувальної тактики при трофічних виразках викликана значним поширенням захворювання, недостатньою ефективністю наявних методів лікування та високим ступенем інвалідизації хворих. В умовах підвищеної, переважно локальної лікарської сенсibiliзації організму при трофічних виразках, недоцільним, а іноді й шкідливим є застосування тих або інших методів традиційної медикаментозної терапії [1, с. 162]. Внаслідок вище викладеного зростає роль фізіотерапевтичних методів лікування, подальше вдосконалення яких є цілком обґрунтованим.

Мета дослідження полягає у проведенні порівняльного аналізу ефективності застосування різних методів комплексного лікування трофічних виразок нижніх кінцівок із використанням фізичних факторів.

Робота базується на порівняльній оцінці результатів комплексного лікування 32 хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок. Із загальної кількості обстежених – жінок 14 (43,75%), чоловіків 18 (56,25%), вік досліджуваних коливався – від 46 до 78 років. Більшість (74%) пацієнтів були люди похилого віку. Хворі працездатного віку склали 26%. Тривалість виразкового анамнезу коливалась в межах від декількох місяців до 15 років. Площа виразкових уражень в середньому $5 \pm 0,6$ см². Найчастіше – у 73% досліджуваних хворих трофічна виразка локалізувалася у медіальній кісточці, у 12% – вона розташовувалася на передній поверхні гомілки, у 8% – на латеральній поверхні гомілки, рідше – в 7% випадків – виразковий дефект локалізувався на задній, переднемедіальній або передньолатеральній поверхні гомілки.

У 24 хворих до комплексу лікувальнореабілітаційних заходів були включені фізіотерапевтичні процедури із застосуванням біжучого імпульсного магнітного поля (БІМП), постійного електричного струму і лазерного випромінювання, а також їх поєднання.

В залежності від методу фізіотерапевтичного впливу усі пацієнти були розподілені на 4 групи. Хворим першої групи (8 осіб) окрім загальноприйнятого медикаментозного лікування була включена магнітотерапія у вигляді біжучого імпульсного магнітного поля (БІМП). До другої групи належали хворі (8 осіб), які одночасно із загальноприйнятим медикаментозним лікуванням отримували лазеротерапію. До третьої групи увійшли 8 пацієнтів в лікуванні яких використовували поєднання внутрішньотканинного електрофорезу та магнітотерапії (магнітогальванотерапію). Четверта (контрольна) група хворих, чисельністю 8 осіб, отримувала лікування за загальноприйнятим протоколом без використання фізіотерапії.

Отримані дані свідчать про сприятливу дію різних фізичних факторів на перебіг ранового процесу. Це підтверджується основними клінічними показниками представленими в Таблиці 1.

Аналіз отриманих даних демонструє, що найкращий клінічний ефект, а саме – у 62,5% випадків, зареєстровано при використанні магнітогальванотерапії (ІІІ група). У цій же групі пацієнтів виявилися і мінімальні терміни госпіталізації ($26 \pm 2,94$) діб. Темпи абсолютного і відносного зменшення площі виразки були відповідно: $0,58 \text{ см}^2$ за добу і $4,04\%$ за добу.

Таблиця 1

Динаміка основних клінічних показників в залежності від
засобу фізичної терапії

Показники	Результати лікування / $M \pm m$ /			
	БІМП	Лазеро- терапія	Магнітогальвано терапія	Контроль
Середня тривалість перебування в стаціонарі, діб	$28 \pm 2,32$	$35 \pm 4,11$	$26 \pm 2,94$	$41 \pm 3,74$
<u>Терміни:</u> а) зникнення болю, діб.	$13 \pm 1,09$	$16 \pm 1,59$	$12 \pm 1,25$	$18 \pm 2,05$
б) зникнення набряку, діб.	$11 \pm 2,12$	$14 \pm 2,15$	$8 \pm 1,12$	$16 \pm 1,60$
в) початку епітелізації, діб.	$11 \pm 0,88$	$13 \pm 1,59$	$6 \pm 0,70$	$18 \pm 1,22$
Число випадків повного загоєння виразок	4 (50%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)
Зменшення площі виразки за добу а) відносне (в%)	$3,59 \pm 0,3$	$3,19 \pm 0,4$	$4,04 \pm 0,7$	$2,09 \pm 0,2$
б) абсолютне (в см^2)	$0,41 \pm 0,07$	$0,5 \pm 0,09$	$0,58 \pm 0,08$	$0,24 \pm 0,03$

[авторська розробка]

В інших групах ці показники були дещо нижчими, однак кращими у порівнянні з контрольною групою.

Список літератури

1. Гусак В. В. Порівняльний аналіз різних видів магнітотерапії як засобу реабілітації хворих з варикозною хворобою ускладненою трофічними виразками нижніх кінцівок. *Україна. Здоров'я нації. Науково-практичний журнал*. 2019. № 2(55). С. 162 – 163.

Едуард ДОРОШЕНКО

докт. фізвих., професор,
завідувач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я
Запорізького державного медичного університету

Ланна ЛУКАШЕНКО

докт. мед. н., професор,
завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини, променевої
діагностики та променевої терапії
Запорізького державного медичного університету

Юрій ГАНОШЕНКО

к. філ. н., доцент,
кафедри культурології та українознавства
Запорізького державного медичного університету

СПОРТИВНІ ІГРИ ЯК ЗАСІБ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Вступ. У сучасному суспільстві, оздоровчо-рекреаційна рухова активність є домінантним фактором формування здорового способу життя людини і вдосконалення здоров'язбережувальних технологій [1, 4, 5]. Безумовно, що специфічність навчального процесу у закладах вищої освіти охорони здоров'я істотно впливає на критерії оздоровчого фізичного виховання

студентів. Серед найбільш ефективних засобів оздоровчого фізичного виховання, фахівці рекомендують командні або індивідуальні різновиди спортивних ігор, які, крім раціональних фізичних навантажень, відрізняються емоційністю, доступністю та мають позитивний комплексний вплив на фізичну та психоемоційну сферу студентів [3].

На жаль, у більшості студентів закладів вищої освіти охорони здоров'я спостерігається підвищена увага до використання засобів класичної доказової медицини стосовно лікуванні хвороб, а профілактичним засобам (оздоровче фізичне виховання, лікувальна фізична культура) відводиться другорядна роль. Це свідчить про наявність проблемної ситуації: з одного боку, майбутні фахівці з охорони здоров'я повинні приділяти більше уваги профілактичним засобам оздоровчо-рекреаційної рухової активності, оздоровчому фізичному вихованню; з іншого боку, спрямованість класичної доказової медицини на традиційні засоби лікування хвороб – фармакотерапію, хірургію, тощо. Шляхи вирішення цієї проблеми ґрунтуються на необхідності більш широкого використання засобів оздоровчого фізичного виховання (оздоровчих і масових різновидів спортивних ігор) в учбовому процесі студентів закладів вищої освіти охорони здоров'я [2].

Мета дослідження – аналіз використання засобів оздоровчих і масових різновидів спортивних ігор у оздоровчо-рекреаційній руховій активності студентів закладів вищої освіти охорони здоров'я.

Матеріал і методи: аналіз науково-методичної літератури і даних мережі «Internet»; педагогічні спостереження; контент-аналіз заявкових листів і документації змагань з ігрових видів спорту та навчально-тренувальних груп спортивного клубу Запорізького державного медичного університету; методи математичної статистики.

Результати дослідження. Аналіз кількісно-якісних показників роботи спортивного клубу Запорізького державного медичного університету свідчить, що регулярними заходами оздоровчо-рекреаційної рухової активності у 2019-2020 навчальному році було охоплено 22,6% студентів. Аналіз робочих

програм учбових дисциплін «Фізичне виховання» і «Фізичне виховання і здоров'я»: (курс за вибором) дозволяє констатувати, що на практичних заняттях, засоби спортивних ігор регулярно застосовували 32,2% студентів.

Контент-аналіз заявкових листів і документації навчально-тренувальних груп з видів спорту, які культивуються у Запорізькому державному медичному університеті, свідчить, що секції з ігрових видів спорту відвідували 36,6% від загальної кількості студентів-спортсменів. Структура популярності занять з оздоровчих і масових різновидів спортивних ігор у Запорізькому державному медичному університеті (за відвідуваністю) має наступний вигляд: баскетбол (21,95%), волейбол (18,29%), настільний теніс (14,63%), футзал (18,29%), футбол (26,84%). Отже, констатуємо, що використання засобів оздоровчих і масових різновидів спортивних ігор у оздоровчо-рекреаційної рухової активності студентів закладів вищої освіти охорони здоров'я має такі показники – 32,2% (у навчальному процесі) і 36,6% (у роботі секцій зі спортивних ігор).

Висновки. Спрямоване використання засобів оздоровчих і масових різновидів спортивних ігор у оздоровчо-рекреаційної рухової активності студентів закладів вищої освіти охорони здоров'я відбувається на практичних заняттях з фізичного виховання та у роботі спортивних секцій.

Список літератури

1. Андрєєва О., Дутчак М., Благій О. Теоретичні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності різних груп населення. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2020. №2, С. 59-66.

2. Рогаль І., Бурбела О. Розвиток фізичних якостей у студенток непрофільних ЗВО засобами ігрових видів спорту. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2020. № 6 (126). С. 76-79.

3. Doroshenko E., Hurieieva A., Symonik A. et. al. Differentiation of Physical Loads in Female Students of Different Motor Ages. *Physical Education Theory and*

Methodology. 2021. № 21 (2). P. 158-166.

4. Hakman A., Andrieieva O., Kashuba V. et. al. Influence Of Physical Working Capacity On Quality Of Life And Life Satisfaction In Old-Age Population Of Ukraine. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2021. № 16 (2). P. 202-211.

5. Kashuba V., Andrieieva O., Hakman et. al. (2021). Impact of Aquafitness Training on Physical Condition of Early Adulthood Women. *Physical Education Theory and Methodology*. 2021. № 21 (2). P. 152-157.

Олена ДУЛО

к.мед.н., доцент

кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ РІВНЯ АЕРОБНОЇ ТА АНАЕРОБНОЇ ПРОДУКТИВНОСТІ ЕНЕРГОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗМУ МОЛОДІ, МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ. Фізичне здоров'я людини, яке обумовлене генотипом і сформованим на його основі фенотипом [1, с.118], слід розглядати за сумою резервних функціональних можливостей організму [1, с.118; 2, с.2359] протягом усього життя. З огляду на це, для об'єктивної оцінки здоров'я, воно повинно оцінюватися не лише якісно, але й кількісно [3, с.21]. Для кількісної оцінки рівня фізичного здоров'я слід використати фізіологічний показник такої функціональної системи яка б інтегрувала функції більшості функціональних систем організму. Таким вимогам на думку Ю.М. Фурмана [1, с.120] відповідає такий показник аеробної функціональної системи енергозабезпечення, як величина максимального споживання кисню ($V_{O_2 \max}$), величина якого зумовлена функцією серцево-судинної і дихальної систем, системи крові, системи утилізації кисню у м'язах. У загальній сумі енергопотенціалу аеробного енергоутворення значно переважає анаеробне, через що аеробна

продуктивність організму вважається інформативним показником соматичного здоров'я.

Мета роботи: встановити статеві відмінності аеробної та анаеробної продуктивності у практично здорових осіб постпубертатного періоду онтогенезу мешканців Закарпатської області. Проведено порівняльний аналіз рівня фізичного здоров'я у 456 осіб постпубертатного періоду онтогенезу, віком від 16 до 21 року. Кількість обстежених юнаків та дівчат гірських районів Закарпатської області становила 226 осіб (49,6%), а низинних районів – 230 осіб (50,4%). Рівень фізичного здоров'я оцінювали за показниками аеробної продуктивності організму, а саме визначали максимальне споживання кисню ($VO_2 \text{ max відн.}$), використовуючи метод велоергометрії. Для оцінки рівня аеробної продуктивності використовували оціночну шкалу Я.П. Пярната [3, с.21]. Показники анаеробної продуктивності організму вивчали за визначенням потужності анаеробних алактатних та лактатних процесів енергозабезпечення організму, а також за ємністю анаеробних лактатних процесів, використовуючи метод Вінгатського анаеробного тесту, описаного Ю.М. Фурманом зі співавторами та методику Shogy A., Cherebetin G. [5, с.172].

Результати дослідження. Аеробна і анаеробна продуктивність молоді постпубертатного періоду онтогенезу зумовлена районом проживання, а також статевим чинником. Рівень аеробної продуктивності без урахування району проживання у дівчат 16-20 років за критеріями Я.П. Пярната є вищим, ніж у юнаків 17-21 року, табл. 1.

Таблиця 1

Середні значення показників аеробної та анаеробної продуктивності організму ($M \pm m$) молоді постпубертатного віку низинних та гірських районів Закарпатської області, $n = 456$

Показ- ники	Аеробна продуктивність		Анаеробна продуктивність					
	Максимальне споживання кисню		потужність алактатних процесів енергозабезпечення		потужність лактатних процесів енергозабезпечення		ємність лактатних процесів енергозабезпечення	
	$VO_{2\max}$ <small>відн.</small> , $ML \cdot XB^{-1} \cdot KG^{-1}$		ВАНТ <small>10 відн.</small> , $KG \cdot XB^{-1} \cdot KG^{-1}$		ВАНТ <small>30 відн.</small> , $KG \cdot XB^{-1} \cdot KG^{-1}$		МКЗР <small>відн.</small> , $KG \cdot XB^{-1} \cdot KG^{-1}$	
	Стать	низинний р-н	гірський р-н	низинний р-н	гірський р-н	низинний р-н	гірський р-н	низинний р-н
Юнаки (n=236)	42,7±0,6	40,3±1,2	57,02±1,3	63,5±1,3	52,1±1,6	61,1±2,0	29,8±1,0	27,96±0,9
Дівчата (n=220)	42,9±0,5	41,7±0,4	41,2±0,3	40,8±0,6	39,4±1,1	39,5±1,0	23,4±0,3	21,5±0,8
P	> 0,05	> 0,05	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,05
K	1,03		1,57		1,55		1,39	

Примітка: P – вірогідність відмінності середніх значень показників організму молоді в межах одного типу місцевості (P<0,05); K – кратність змін середніх значень показників організму молоді різних статевих груп

За відносною величиною $VO_{2\max}$ (42,9±0,58 $ml \cdot xb^{-1} \cdot kg^{-1}$) у дівчат він відповідає «відмінному», що гарантує «безпечний рівень здоров'я» за Г.Л. Апанасенком [4, с.158]. Разом з тим, у юнаків рівень аеробної продуктивності за відносною величиною $VO_{2\max}$ (42,7±0,65 $ml \cdot xb^{-1} \cdot kg^{-1}$) – «посередній», що не може гарантувати «безпечний рівень здоров'я» за Г.Л. Апанасенком. Анаеробна продуктивність дівчат поступається юнакам за відносною величиною потужності алактатних, потужності лактатних і ємності лактатних процесів енергозабезпечення на 55,6%, на 54,7%, на 38,7%.

Висновки. У дівчат низинних та гірських районів рівень аеробної продуктивності за критеріями Я.П. Пярната «відмінний», що забезпечує «безпечний рівень здоров'я» за Г.Л. Апанасенком. Серед усіх обстежених юнаків не виявлено осіб із «відмінним» і «добрим» рівнем аеробної продуктивності організму. Виявлені показники аеробної та анаеробної продуктивності енергозабезпечення організму у здорових юнаків і дівчат дозволяють у подальшому розробити індивідуальний і популяційний медичний

прогноз, сформувати групи підвищеного ризику виникнення патології та реалізувати програму медико-соціальної реабілітації.

Список літератури

1. Furman YM, Miroshnichenko VM, Bohuslavska VYu. et al. Modeling of functional preparedness of women 25-35 years of different somatotypes. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*. 2022; 26(2):118–125. <https://doi.org/10.15561/26649837.2022.0206>

2. Dulo Olena A. Gender and Somatotypological Peculiarities of Indicators of Aerobic and Anaerobic Productivity of Energy Supply of the Body in the Post-Pubertal Period of Ontogenesis in the Residents of the Zakarpattia Region /Olena A. Dulo, Yurii M. Furman, Nataliia M. Нема-Важна // *Wiadomości Lekarskie*. 2022; Vol LXXV, ISSUE 10:2359-2365.

3. Пярнат Я. П. Возрастно-половые стандарты (10-50 лет) аэробной способности человека : автореф. ... дис. докт. мед.наук : 03.00.13. М., 1983.44 с.

4. Апанасенко Г. Л., Попова Л. А., Магльований А. В. Санологія. Київ-Львів : ПП Кварт, 2011. 303 с.

5. Shögy A., Cherebetin G. Minutentest auf dem Fanradergometer zur Bestimmung der Annaeroben Kapazität. *J. Appl. Physiol*. 1974. No 33.

Евеліна ЖИГУЛЬОВА

к. біол. н., доцент,

доцент кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних основ
фізичного виховання

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Олександр ЯКОВЛЄВ

студент 3 курсу факультету фізичної культури
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Соломонія КАСПРУК

студентка 3 курсу факультету фізичної культури
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

РИЗИКИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА В КОНТЕКСТІ СТРЕСОВИХ ВПЛИВІВ

Професіонали галузі охорони здоров'я роблять значний внесок у збереження здоров'я населення. Одночасно у процесі виконання посадових обов'язків фізичним терапевтам доводиться контактувати з багатьма професійними шкідливостями і не завжди можна врахувати усі виробничі чинники, що впливають на організм фахівця реабілітаційної сфери, а також інтенсивність цього впливу.

Майже рік українці живуть в умовах війни, у щоденному протистоянні російській агресії, долаючи надмірний стрес, перемагаючи «звичайні» соматичні хвороби, численні захворювання, спровоковані війною. Саме тому сьогодні набуває актуальності питання щодо стресових чинників, особливості їх дії на організм фізичних терапевтів та шляхи запобігання їх негативного впливу.

Мета роботи – висвітлити ризики професійної діяльності фізичного терапевта в контексті стресових впливів.

На сьогоднішній день у реаліях професійного середовища фізичного терапевта неможливо уникати стресових чинників у роботі. На жаль, долати їх вміє не кожен фахівець, а стресовий стан особистості впливає на її психічні процеси, на якість виконання професійних обов'язків. Саме через такий всебічний характер впливу стресу на життя фізичного терапевта необхідно розуміти не тільки його природу, але й різновиди та особливості проявів його впливу для того, щоб намагатися адекватно реагувати, виходити, долати його.

За класичною теорією стресу Г. Сельє, стрес – це стан фізіологічної або психологічної напруги, зумовлений різноманітними чинниками (соматичними,

розумовими, емоційними, зовнішніми або внутрішніми, частіше – їх сукупністю), які спрямовані на порушення функцій організму та яких організм намагається уникнути [1, С. 29].

Стрес може бути як корисним, так і руйнівним. Він може сприяти мобілізації фізичного терапевта, підвищити його адаптаційні можливості в умовах дискомфорту й небезпеки (еустрес, конструктивний, корисний), а може й мати руйнівний вплив на людину, різко знизити ефективність її роботи і якість життя (дистрес, деструктивний, руйнівний) [1, С. 29].

У ході розвитку стресу спостерігають три стадії:

— **стадія тривоги** (напруження, чекання) — це стадія мобілізації захисних сил, у межах якої розрізняється шок і протишок. Під час шоку знижується артеріальний тиск, зменшується частота дихальних рухів і скорочень міокарда, знижується температура тіла, тонус скелетних м'язів, рівень глюкози в крові, підвищується проникність стінок капілярів, згущується кров, що супроводжується руйнуванням білків, інволюцією лімфоїдної тканини, появою геморагічних висипань і виразок на слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки. Шок змінюється протишоком — включенням механізмів протидії пошкодженню. Збільшується частота скорочень серця, дихання, підвищується температура тіла, рівень глюкози і ненасичених жирних кислот у крові, зменшується вміст глікогену в печінці. Завдяки згаданим змінам покращується кровозабезпечення мозку, серця, скелетних м'язів.

— **стадія опору** (резистентності, адаптивна, власне стрес) — настає тоді, коли стрес-фактор сягає найвищого значення. Рівень опірності організму знижується. Якщо стресор достатньо сильний, то опірність може впасти до нуля. Стадія тривоги змінюється стадією резистентності. Ключовий процес цієї стадії — гіпертрофія кори наднирників, збільшення їх функціональних резервів, перехід системи «гіпофіз — кора наднирників» у стабільний режим функціонування з нормалізацією глюкокортикоїдів у крові. Ці гормони протидіють запаленню, зменшують судинну проникність, стимулюють глюконеогенез, гальмують реакції гуморального та клітинного імунітету.

— **стадія виснаження** (дезадаптації, дистресу) — настає тоді, коли подразник продовжує діяти і знижуються можливості протистояння стресу внаслідок виснаження резервів людини. Критично знижується загальна опірність організму. Стрес «захоплює» людину і може призвести до розвитку будь-якої психосоматичної хвороби. Крім того, стрес має фізіологічні, психологічні, особистісні та медичні ознаки.

Так, серед психологічних ознак стресу можна виокремити: зміна динаміки психічних функцій, найчастіше уповільнення розумових операцій, розсіювання уваги, ослаблення функції пам'яті, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішення. Особистісними ознаками стресу є: зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищена сугестивність, страх, тривожність, невмотивоване занепокоєння. До медичних ознак стресу можна віднести: підвищена нервозність, наявність істеричних реакцій, непритомність, афекти, головний біль, безсоння.

Відомо, що різні люди мають різну стійкість до стресових впливів, що визначається генетично зумовленими та набутими в процесі життя параметрами активності стрес-здійснювальних і стрес-лімітувальних систем [2, С. 37]. Однак, у будь-якому випадку, у стресовому стані фізичний терапевт робить помилки у розподілі й переключенні уваги; порушується перебіг пізнавальних процесів, спостерігаються порушення координації рухів, неадекватні емоційні реакції, дезорганізація і гальмування всієї діяльності, що є небезпечним для пацієнтів/клієнтів.

Отже, психологічне відновлення фахівців реабілітаційної сфери є важливою складовою частиною реабілітаційного процесу назагал.

Список літератури

1. Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 15-16 (532-533), 2022 р. С.29.

2. Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 15-16 (532-533), 2022 р. С.37.

Остап ЗАКУС

студент 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Вступ. Синдром Дауна (СД) є найпоширенішою хромосомною аномалією [2, с. 1]. Глобальна розповсюдженість СД становить приблизно 0,1% випадків серед новонароджених. СД характеризується різним ступенем інтелектуальної недостатності, деякими порушеннями фізичного здоров'я та розвитку. В осіб із СД може спостерігатися ряд супутніх захворювань дихальної, серцево-судинної, сенсорної, шлунково-кишкової, гематологічної, імунологічної, ендокринної, кістково-м'язової, видільної і статеві систем, а також неврологічні порушення [3, с. 568].

Життя людей із СД суттєво змінилося за останні 50 років. Незважаючи на численні супутні захворювання, виживаність осіб із СД зросла з менш ніж 50% у середині 1990-х до 95% на початку 2000-х років [3, с. 569]. Також спостерігається збільшення тривалості життя цієї популяції, яка досягає приблизно 60 років. Покращення рівня виживання може бути пояснено такими факторами, як розвиток медицини в цілому, досягнення пренатальної діагностики, що уможлиблюють раннє втручання та належне медичне обслуговування, а також зміни у ставленні суспільства до нормалізації життя людини з СД [6, с. 1042].

Не слід забувати, що для цієї групи населення є необхідним комплексний підхід та мультидисциплінарне лікування. В роботі мультидисциплінарної

команди важливою є роль фізичного терапевта, який розпочинає втручання з перших днів життя дитини з СД [7, с. 41]. Проте клінічних настанов, які б регламентували застосування фізичної терапії в осіб із СД, досі не існує, що вказує на необхідність проведення досліджень в даному напрямку.

Мета дослідження – за даними літератури вивчити сучасні наукові дані щодо застосування заходів фізичної терапії в осіб із СД.

Результати дослідження. Аналіз наукових досліджень показав, що методом фізичної терапії, який найчастіше використовують в осіб із СД, є терапевтичні вправи. Так, у дослідженні Shields N. et al. (2013) обґрунтовується ефективність силових вправ в осіб із СД. Згідно з отриманими результатами, тренування з опором сприяли збільшенню м'язової сили верхніх кінцівок, але не мали суттєвого впливу на силу м'язів нижніх кінцівок. Автори припустили, що у повсякденній діяльності мускулатура нижніх кінцівок навантажується більше, порівняно з м'язами верхніх кінцівок, тому останні є більш чутливими для тренувань [1, с. 4385].

Результати досліджень Eid M. A. (2015) свідчать про те, що втручання на основі вібротерапії є ефективним для покращення рівноваги у дітей та підлітків із СД [4, с. 633].

Також було проаналізовано вплив аеробних тренувань на функціональний стан серцево-судинної системи осіб із СД. Однак в жодному з досліджень не вдалося отримати суттєвого покращення. Було висунуто припущення, що такі аеробні вправи як ходьба чи біг підтюпцем можуть бути недостатньо мотивуючими для пацієнтів через свою монотонність, що впливає на продуктивність та докладання зусиль під час тренування [6, с. 1063].

Однією з розповсюджених проблем для осіб із СД є надмірна вага та ожиріння. Тому в дослідженнях було оцінено вплив заходів фізичної терапії на індекс маси тіла (ІМТ). У дослідженні Rimmer J. H. et al. (2004), було встановлено сприятливий вплив кардіотренувань та силових вправ на ІМТ у дорослих пацієнтів із СД [5, с. 165].

Крім того, деякі дослідження включали використання новітніх технологій. Для прикладу, у дослідженні Silva V. et al. (2017) для дітей та підлітків із СД в якості форм рухової активності були використані ігри на Nintendo Wii® [8, с. 755]. Враховуючи отримані хороші результати, можна зробити висновок, що застосування інноваційних технологій може бути корисним інструментом для фізичної терапії осіб із СД.

Висновки. Результати аналізу літератури показали, що заходи фізичної терапії можуть сприяти покращенню різних аспектів рухової функції у дітей та дорослих із СД – в першу чергу, м'язової сили та рівноваги. Подальші дослідження необхідні для обґрунтування ефективності різних заходів фізичної терапії та встановлення їхніх оптимальних параметрів.

Список літератури

1. A community-based strength training programme increases muscle strength and physical activity in young people with Down syndrome: a randomised controlled trial / Shields N. et al. *Research in Developmental Disabilities*. 2013. №34. P. 4385–4394.

2. Colvin K. L., Yeager M. E. What people with Down syndrome can teach us about cardiopulmonary disease. *European Respiratory Review*. 2017. № 26. P. 1–6.

3. Down syndrome. A narrative review with a focus on anatomical features / Arumugam A. et al. *Clinical Anatomy*. 2016. № 29. P. 568–577.

4. Eid M. A. Effect of whole-body vibration training on standing balance and muscle strength in children with Down syndrome. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015. № 94. P. 633–643.

5. Improvements in physical fitness in adults with Down syndrome / Rimmer J. H. et al. *American Journal on Mental Retardation*. 2004. № 109. P. 165–174.

6. Physical therapy in Down syndrome: meta-analysis / L. Ruiz-González et al. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2019. № 63(8). P. 1041-1067.

7. Postural analysis: prevention from physical therapy / Caballero Blanco J. A. et al. *International Medical Review on Down Syndrome*. 2011. № 15. P. 41–44.

8. Wii-based exercise program to improve physical fitness, motor proficiency and functional mobility in adults with Down syndrome / Silva V. et al. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2017. № 61. P. 755–756.

Вадим ЗДАНЮК

доцент кафедри фізичної реабілітації
та медико-біологічних основ фізичного виховання
Кам'янець-Подільський національний
університет імені Івана Огієнка

Рошук АНАСТАСІЯ

студентка 4 курсу факультету фізичної культури
Кам'янець-Подільський національний
університет імені Івана Огієнка

Реабілітаційні підходи при захворювання органів дихання

Бронхоектатична хвороба (БЕХ) – це набута або вроджена форма хронічного неспецифічного захворювання легень, для якої властиве утворення первинних бронхоектазів (із подальшим процесом нагноєння у них) переважно у дрібних і середніх бронхах. [2, с. 193]

Остаточних причин які обумовлюють виникнення БЕХ досі не встановлено, але за даними багатьох авторів відомо етіологічні фактори цього захворювання, які представлені в (Таблиці 1.1). [6, с. 55]

Таблиця 1.1.

Етіологічні фактори бронхоектатичної хвороби

Генетичні й вроджені фактори	Набуті фактори
<p>Вроджена слабкість бронхіальної стінки, недостатній розвиток гладких м'язів бронхів.</p> <p>Неповноцінність місцевого і загального імунітету, факторів бронхолегеневого захисту.</p> <p>Вроджені бронхоектази як наслідок аномалії розвитку бронхів.</p>	<p>Перенесені в дитячому віці інфекційно-запальні захворювання органів дихання.</p> <p>Колонізація утворених бронхоектазів патогенною мікрофлорою.</p>
Сприяючі фактори	
<p>Паління тютюну і вживання алкоголю вагітним жінкам.</p> <p>Вірусні інфекції в період вагітності.</p> <p>Хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів у дітей.</p>	

Бронхоектази бувають вродженими (ті які розвивалися до народження або в перші дні життя новонародженого), та набутими (які виникають в результаті руйнування бронхіальної стінки або механічних змін). Приблизно у 6% хворих бронхоектази вроджені. [2, с. 193]

Переважно у 82,6% хворих бронхоектази локалізуються в одній легені, у правій легені 23,7%, у лівій 58,9% випадків. [7, с. 361] Клінічні прояви хвороби залежать від фази захворювання – ремісії або ж загострення.

У період загострення хворі можуть жалітися на біль (проявляється під час глибокого вдиху), може не мати чіткої локалізації, відчувається як почуття здавлювання. [4, с. 300]

При тривалому перебігу БЕХ спостерігається зміна кінцевих фаланг пальців рук у вигляді «барабаних паличок» і нігтів у формі «годинникового скла». [1, с. 190]

При діагностуванні БЕХ для людини може принести користь фізична реабілітація, заняття можна розпочинати при стабілізації стану або коли процес загострення стане легшим. [8, с. 21]

Фізичні вправи помірної та високої інтенсивності дають хороші результати та покращують стан хворого, завдяки регулярним заняттям фізичними навантаженнями протягом року зменшується кількість спалахів БЕХ. [7, с. 72]

Лікувальна фізична культура (ЛФК) є провідним методом лікування бронхоектатичної хвороби. У методиці ЛФК при БЕХ головне місце займають статичні та динамічні дренажні вправи і дренажні положення тіла, які використовуються для посилення виділення слизу чи гною. Рекомендується використовувати дренажні вихідні положення тіла: лежачи на спині, на животі, на боці без подушки, з піднятою нижньою частиною кушетки (ліжка), в упорі стоячи на колінах. [5, с. 301]

Лікувальна гімнастика (ЛГ) складається з дихальних та загальнорозвиваючих вправ. Для посилення відходження мокротиння рекомендовано буде використовувати масаж комірцевої зони, шиї та міжреберних м'язів. [3, с. 71]

Для того, щоб збільшити рухливість діафрагми та для підвищення тону м'язів черевного пресу під час динамічних дихальних вправ можна використовувати обтяження вагою 1,5-2 кг (наприклад, мішечки з піском на грудну клітку). [2, с. 207]

Висновки. Бронхоектатична хвороба – це вроджене або набуте хронічно неспецифічне захворювання легень, для якого характерне утворення первинних бронхоектазів із процесом нагноєння.

Під бронхоектазами розуміється незворотне патологічне розширення бронхів гнійно-запального генезу. Бронхоектази можуть бути вродженими та набутими. За даними дослідження відомо, що частіше бронхоектази бувають набутими, ніж вродженими.

При проведенні реабілітаційних заходів хворий отримує позитивний ефект. Завдяки виконанню фізичних вправ: відбувається позитивний вплив на діяльність легень; збільшується легенева вентиляція; розвиваються компенсаторні механізми.

При заняттях ЛФК відбувається загальне зміцнення організму, збільшується об'єм виділення мокротиння, покращується вентиляція та газообмін в легенях та відбувається компенсація порушеного дихання.

Лікувальна гімнастика складається з дихальних та загальнорозвиваючих вправ. Для посилення відходження мокротиння рекомендовано буде використовувати масаж комірцевої зони, шиї та міжреберних м'язів та обов'язковим є виконання спеціальних вправ у дренажних вихідних положеннях.

Список літератури

1. Баженов Е., Ахмедова В., Остапенко В. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии. Москва, 2015. 190 с.
2. Григус І. М. Навчальний посібник Фізична реабілітація в пульмонології. Рівне, 2018. 193-207 с.
3. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия). Москва, 2001. 71 с.
4. Мухін В. Фізична реабілітація . Київ, 2010. 300 с.
5. Попов С. Физическая реабилитация. Москва, 2005. 311 с.
6. Сучасні погляди на діагностику та консервативне лікування бронхоектатичної хвороби / Ільницький Р. та ін. // Український пульмонологічний журнал . 2002.№ 3. С. 55.
7. Lee AL, Hill CJ, Cecins N, Jenkins S, McDonald CF, Burge AT, Rautela L, Stirling RG, Thompson PJ, Holland AE. The short and long-term effects of exercise training in non-cystic fibrosis bronchiectasis: a randomised controlled trial. Respiratory Research 2014; 15:44.; 72
8. Newall C, Stockley RA, Hill SL. Exercise training and inspiratory muscle training in patients with bronchiectasis. Thorax 2005; 60:943-8.; 21

Наталія КОЗІК

ст. викладач

кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Наталія СТРАТІЙЧУК

ст. викладач

кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ ПЛЕЧОВИХ ПЛЕКСИТАХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Плексит – запальний процес нервових сплетінь, які утворені передніми гілками спинномозкових нервів. Ця патологія охоплює одночасно декілька нервових стовбурів, які забезпечують іннервацію верхньої кінцівки.

Згідно даних літературних джерел у 1,2 % хворих з політравмою виникає ушкодження плечового сплетення. Ця травма зустрічається у 4,2% потерпілих від дорожно-транспортних пригод, які відбуваються за участі мотоциклів. У 41% випадків плечових плекситів спостерігається високе пошкодження плечового сплетення: уражені корінці сегментів C₅-C₆, та інколи C₇ [1, С. 5]. Захворювання може зумовити втрату працездатності та формування інвалідності.

За етіологічним принципом плексити поділяються на: травматичний; компресійно-ішемічний; інфекційний; алергічний; інтоксикаційний; метаболічний; родовий посттравматичний.

Діагностика базується на клінічних симптомах ураження, даних анамнезу та неврологічного обстеження, результатах фізіотерапевтичного тестування м'язового тону та сили м'язів, додаткових методів обстеження, зокрема даних ультразвукового дослідження, електронейроміографії та комп'ютерної томографії. При вираженому больовому синдромі застосовують візуально-аналогову шкалу болю (ВАШ). У клінічній діагностиці ушкоджень плечового

сплетення звертають увагу на наявність активних рухів лопатки, визначення Wall-press test з метою діагностики «криловидної лопатки», відсутність синдрому Горнера, визначення можливості та сили активних рухів у суглобах верхньої кінцівки, визначення сили утримання кисті – комбінований C₈-T₁ тест, визначення порушень чутливості в ділянках, які іннервуються корінцями сплетіння [2, С. 156].

Лікування плекситів зазвичай комплексне та індивідуальне. Воно поєднує етіотропну, симптоматичну, вітамінну та відновну терапію. Відновлення потрібно починати на ранніх стадіях захворювання. Вчасно розпочата терапія сприяє повному відновленню функції уражених нервів, тоді як пізні звернення чи неадекватне лікування призводить до млявих паралічів, атрофії м'язів, м'язової кривошиї, порушення функції органів дихання внаслідок парезу діафрагми, що може зумовити інвалідність.

Метою дослідження було вивчення ефективності підбраного комплексу відновлення для пацієнтів з плечовим плекситом в поліклінічних умовах.

У дослідженні брали участь 8 пацієнток 35-50 років, які скаржилися на обмеження відведення руки від тулуба та згинання її в ліктьовому суглобі; на гіперестезію та відчуття болю в ділянці зовнішньої поверхні плеча та передпліччя, який посилюється при спробі відведення руки; на емоційну лабільність. При обстеженні в усіх пацієнток виявлено зниження згинально-ліктьового і п'ястково-променевого рефлексів, болючість у точках Ерба, слабкість в м'язах плеча та передпліччя, блідість шкіри, ламкість нігтів.

Програма відновлення на фоні терапії нестероїдними протизапальними препаратами поєднувала сеанси діадемотерапії, масаж на шийно-комірцеву зону та верхню кінцівку, лікувальну гімнастику в повільному темпі з використанням стренч-методу, постізометричну релаксацію для м'язів плечового поясу та верхньої кінцівки, на другому тижні доєднали механотерапію. Через день пацієнти приймали хвойні ванни. Хворим також були надані рекомендації з дієтотерапії. Пропонувалося вводити в харчовий раціон продукти з підвищеним вмістом вітаміну Е (персики, обліпіха, хліб з

висівками), вітаміну С (цибуля, петрушка, цитрусові), омега-3 ненасичених кислот (морепродукти, волоські горіхи, оливкова олія). Вживати їжу рекомендувалося дрібними, частими порціями, 6-8 разів на день.

Результати дослідження. Більшість пацієнток (75%) вже після 5 днів відновлення відчували зменшення болю, відзначили збільшення амплітуди рухів уражених верхніх кінцівок та зменшили вживання медикаментів. До закінчення курсу, відсутність болю відзначили 87,5%, збільшення об'єму рухів – 100%. Сила згиначів передпліччя збільшилась в середньому на 18,2%, розгиначів передпліччя на 29,6%, привідних м'язів плеча на 24,1%, а відвідних м'язів плеча з ураженого боку на 35,5%. Середні показники болю за шкалою ВАШ до експерименту становили $61,88 \pm 2,79$ мм, а після нього – $37,83 \pm 4,01$ мм. Відсоток зниження болю склав 38,8%. Покращення емоційного стану та фізичного стану спостерігалось у 87,5%, а 75% відзначили покращення тургору шкіри.

Застосування запропонованого комплексу відновних засобів може бути ефективним в амбулаторних умовах. Пошук нових поєднань методів та засобів відновлення дає можливість добирати оптимальні реабілітаційні комплекси для покращення стану пацієнтів в умовах різних медичних закладів та зменшити застосування медикаментів.

Список літератури

1. Реабілітація пацієнтів з захворюваннями нервової системи : навч. посіб. / О. А. Козьолкін та ін. Запоріжжя, 2019. 183 с.
2. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації : навч. посіб. / Т. Бойчук та ін. Львів. 2010. 240 с.

Оксана ФІГУРА

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Андріана ДРОФИЧ

ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Гідрокінезотерапія – це метод фізичної терапії спрямований на лікування розладів руху через воду, використовуючи такі фізичні властивості, як плавучість, гідростатичний тиск і температура [2].

Гідрокінезотерапія поєднує два природних біологічних чинники – рух і воду. У деяких випадках гідрокінезотерапія може бути значно ефективнішою, ніж кінезотерапія в тренажерному залі, оскільки вода сприяє руху, може полегшити або усунути біль, допомагає розслабитися, покращує настрій і в цілому позитивно впливає на організм. Рух у воді допомагає відновити знижені функції організму, повернути гнучкість суглобів та зміцнити м'язи [3].

У воді використовуються різні види плавучих пристроїв, які допомагають виконувати вправи; різноманітні обважнювачі для рук і ніг, плаваючі дошки, палиці, м'ячі та диски, які дозволяють пацієнтам триматися на воді та правильно рухатися [1].

Покази до застосування гідрокінезотерапії:

- патологія суглобів: коксартроз, гонартроз, артрит;
- захворювання та наслідки травм опорно-рухового апарату;
- ураження серцево-судинної системи, артеріальна гіпертензія, патології периферичних судин;
- хвороби ендокринної системи;
- різні порушення постави, хвороби хребта: остеохондроз, спондиліоз, протрузії, грижі;
- головний біль, цервікальні мігрені;
- дихальна недостатність;
- гіпертонус матки у вагітних;

- надлишкова вага [3].

Протипокази до застосування гідрокінезотерапії:

- важкий стан пацієнта, що не дозволяє гарантувати його безпеку під час перебування у воді;
- нетримання сечі та/або калу;
- пацієнт страждає на епілептичні напади, є напади судом;
- підвищена температура тіла [1].

Гідрокінезотерапія не може бути призначена, якщо пацієнт страждає на прогресуюче захворювання, важке порушення серцевого ритму, нестабільну стенокардію, гіпертонічний криз, гіпотонічний криз, епілепсію, інфекційні захворювання шкіри, відкриті рани, підвищену чутливість до хлору, запалення очей, вух, грибкові захворювання, тощо.

Методика гідрокінезотерапії має безліч переваг:

- у воді організм людини задіює «глибокі» м'язи, які у повсякденному житті не використовуються і таким чином добре зміцнюється м'язовий корсет;
- вправи у воді виконувати легше через її підтримуючий ефект, тому займатися гідрокінезотерапією можуть пацієнти з патологіями опорно-рухового апарату;
- м'язи пацієнта розслабляються під впливом теплої води, та разом із суглобами, зв'язками стають більш рухливими та гнучкими;
- тепла вода знімає спазми та знижує спастичність при дитячому церебральному паралічі;
- за рахунок тиску води на судини відбувається стимуляція кровообігу;
- вправи ефективно зменшують больовий синдром (наприклад, при остеохондрозі завдяки водній гімнастиці відбувається поступове витягування хребетного стовпа, затиснені нерви звільнюються, проміжки між хребцями розширюються);

- заняття у воді підвищують імунітет, тонізують організм;
- активізується обмін речовин, що сприяє зниженню ваги, тканини пошкоджених м'язів або міжхребцевих дисків, отримують необхідне харчування і швидше відновлюються;
- гідрокінезотерапія з успіхом застосовується як гімнастика для вагітних жінок (поліпшується кровообіг матки та плаценти, дитина отримує максимум кисню та поживних речовин, стабілізується нервова система мами);
- під час занять у воді навантаження на дихальні м'язи зростає, збільшується життєва ємкість легень, тканини насичуються киснем;
- при регулярному виконанні вправ покращується сон та емоційний стан пацієнта, підвищується фізична витривалість організму;
- стимулюється діурез, покращується робота нирок;
- відбуваються гемодинамічні зміни – збільшуються кінцево-сistolічний і хвилинний об'єм серця, зменшується частота скорочень, підвищується центральний венозний тиск і тиск у легенях;
- стимулюється ендокринна система;
- зменшується навантаження ваги тіла на суглоби;
- уповільнює зниження щільності кісток [2,3].

Список літератури

1. Dott. Antonio Chiappetta. Hydrokinesitherapy and rehabilitation in thermal water. 2023.
URL: <https://www.termelacontea.com/en/physiotherapy/idrokin-esiterapia>
2. Hydrokinesitherapy: how physiotherapy in water works. 2021. URL: <https://www.gsdinternational.com/news/hydrokinesitherapy-how-physiotherapy-in-water-works>

3. Hydro-kinesitherapy.

2023.

URL:

<https://www.medcentras.lt/en/services-and-prices/rehabilitation-and-sports-medicine/hydro-kinesiotherapy/>

Оксана ФІГУРА

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Вікторія КОЦЮБА

студентка II курсу спеціальності « Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Розсіяний склероз (РС) – це найпоширеніше аутоімунне захворювання в Україні та світі, яке характеризується гострою імунною реакцією організму на власні клітини, що призводить до поступового руйнування нервової тканини і її заміщення на рубцеву. Хвороба призводить до порушень роботи внутрішніх органів і основних систем організму [2].

У світі кількість людей, які хворіють на розсіяний склероз перевищує 2 млн. Серед хворих переважають жінки віком 20–35 років (близько 80%) і чоловіки у віці 35–45 років. Середній вік початку захворювання — 29–33 роки.

Кількість нових випадків розсіяного склерозу збільшується в середньому з 2,2 до 3,4 на 100 000 населення у рік [1].

Незважаючи на істотний прогрес медицини в останні роки, сьогодні розсіяний склероз не піддається повному лікуванню. При виявленні патології на ранніх стадіях розвитку, призначення адекватного лікування і реабілітації, можна домогтися уповільнення симптомів. Без належного проведення реабілітаційних заходів РС часто може призвести до інвалідності хворих. Через 10 років від початку захворювання до 50% хворих не можуть виконувати

професійні обов'язки, а через 20 років у них виникають проблеми з самообслуговуванням [2,3].

Реабілітація при розсіяному склерозі спрямована на заохочення самостійності та покращення якості життя за допомогою цільових програм, які залучають людину з РС у визначення пріоритетів лікування.

Щоб реабілітація була максимально ефективною, важливо, щоб усі члени мультидисциплінарної команди працювали разом. До команди повинні входити пацієнт з РС та члени його сім'ї, які працюють у тісній співпраці з фізичним терапевтом, ерготерапевтом, терапевтом мови і мовлення, лікарем фізичної та реабілітаційної медицини. Працюючи у співпраці, команда прагне створити план, що відповідає потребам пацієнта з РС, з урахуванням її пріоритетів, способу життя та бажань [4].

Фізична терапія. Цей тип реабілітації в основному використовується після рецидиву або коли людина виявляє, що більше не може виконувати певних завдань. Наприклад, якщо у людини посилилася слабкість у ногах, фізична терапія може допомогти покращити силу та контроль за допомогою вправ із опором. Спастичність та жорсткість м'язів можна зменшити за допомогою методів розтяжки та позиціонування, які пропонує фізичний терапевт.

Терапія мови і мовлення. Деякі люди з розсіяним склерозом можуть мати проблеми з мовленням та ковтанням, залежно від місця ураження центральної нервової системи. Терапевт з мови та мовлення повинен провести ретельний огляд губ, горла, язика та гортані, щоб визначити основні проблеми. Використовуються різні стратегії, щоб допомогти виправити проблеми, наприклад, зміна положення голови чи тіла під час ковтання чи зміна дієти [6].

Ерготерапія. Цей тип терапії зосереджений на навичках, які важливі для здійснення повсякденних функцій, наприклад, купання, вдягання, приготування їжі, ходьба, робота чи участь у громадській чи дозвільній діяльності. Для того, щоб допомогти відновити ці функції ерготерапевт працює з кожною людиною індивідуально. Ерготерапевт забезпечує:

-правильне тримання столових приборів (з допоміжними засобами або без них з використанням оптимального положення для пацієнта);

-застосування візуалізаційного методу (для покращення пам'яті і засвоєнню пацієнта);

-використання анімалотерапії (якщо у пацієнта були чи є домашні улюбленці, як правильно за ними доглядати);

-покращення дрібної моторики рук з використанням кінетичного піску, дрібних предметів (нанизуванням дрібних предметів на нитку) [2,5].

Професійна реабілітація. Ця реабілітація надає послуги, підтримку та навчання, щоб люди з РС могли отримати, зберегти та просунути за своєю професією. Щоб визначити та допомогти реалізувати зміни на робочому місці, які допоможуть людині адаптуватися на роботі, слід порекомендувати зміну робочого порядку дня або допоміжні засоби нагадувань [6].

Список літератури

1. Розсіяний склероз в Україні. 2021. URL: <http://www.msclerosis.org.ua/>
2. Симптоми розсіяного склерозу часто залишаються непоміченими на перших стадіях. 2020. URL: <https://www.phc.org.ua/news/simptomi-rozsiyanogo-sklero-zu-chasto-zalishayutsya-nepomichenimi-na-pershikh-stadiyakh>
3. Тец А.Б., Калашникова І.В., Повитчан О.Ю. Значення фізичної реабілітації в комплексному лікуванні розсіяного склерозу. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології / А.Б.Тец, І.В.Калашникова, О.Ю.Повитчан. – Харків, 2017.- С. 75-85.
4. Mark V.W., Taub E., Uswatte G., Bashir K., Cutter G.R., Bryson C.C., Bishop-McKay S., Bowman M.H. Constraint-induced movement therapy for the lower extremities in multiple sclerosis: Case series with 4-year follow-up / V.W.Mark, E.Taub, G.Uswatte, K.Bashir, G.R.Cutter, C.C.Bryson, S.Bishop-McKay, M.H.Bowman.- Arch. Phys. Med. Rehabil., 2012.- PP.993-1063.
5. Rehabilitation is the part of managing of MS that focuses on function. 2021. URL: <https://www.msif.org/living-with-ms/rehabilitation/>

Ольга КУПРІНЕНКО

аспірантка 2 курсу спеціальності 227 "Фізична терапія, ерготерапія"

Катерина ТИМРУК-СКОРОПАД

д. н. з фіз. виховання і спорту, доцент,
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського

**ПІДХОДИ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ
МЕДІАЛЬНОГО ВЕЛИКОГОМІЛКОВОГО СТРЕС-СИНДРОМУ У
КУРСАНТІВ ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

Сьогодні в Україні є недостатня кількість даних про кумулятивні та хронічні пошкодження нижніх кінцівок спричинених надмірними фізичними навантаженнями серед курсантів першого курсу. До таких ушкоджень належать компартмент-синдром, стресові переломи та медіальний великогомілковий стрес-синдром (МВСС).

Мета дослідження – проаналізувати підходи щодо реабілітації та профілактики МВСС у курсантів вищих військових навчальних закладів Збройних Сил України та інших країн світу.

У березні 2022 року в результаті пошуку в електронних базах даних PubMed, PEDro, Cochrane Library, Google Scholar та Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського, було отримано 694 публікації. З них в огляд було включено 12 клінічних досліджень. В проаналізованих публікаціях серед основних засобів фізичної терапії, що використовуються в реабілітації і профілактиці МВСС у військовослужбовців були виділені: терапевтичні вправи (ТВ), модифікація фізичного навантаження, преформовані фізичні чинники, апаратна фізіотерапія, додаткові ортопедичні засоби, зміна біомеханічного зразку ходи та засоби мануальної терапії.

Встановлено, що найбільшу увагу в дослідженнях, що стосувалися як реабілітації, так і профілактики МВСС серед військовослужбовців, автори

приділяли використанню ТВ та додатковим ортопедичним засобам [1, с. 236]. ТВ, спрямовані на поліпшення статичної і динамічної рівноваги, підвищення еластичності та сили м'язів тазового поясу, стегна і гомілки, однаково використовувалися в реабілітації і профілактиці МВСС. Однак, тільки в реабілітації застосовувались вправи на покращення мобільності колінного і гомілковостопного суглобів, у той час, як для профілактики, додатково оцінювалася ефективність застосування ТВ, що розвивають координацію та покращують нервово-м'язовий контроль [2, с. 103; 3, с. 665]. Серед ортопедичних засобів, що використовувались і в реабілітації, і в профілактиці МВСС, визначились тільки спеціальні ортези і устілки, а компресійний одяг і пневматичний бандаж були застосовані виключно для реабілітації [1, с. 239; 4, с. 1085]. Окрім того, в окремих дослідженнях, що стосуються реабілітації МВСС, вивчався вплив додаткових ортопедичних засобів у поєднанні з ТВ, в інших – як самостійне втручання для реабілітації та профілактики [4, с. 1087 ; 5, с. 300]. Модифікація фізичного навантаження теж зайняла перше місце в реабілітації, а корекція біомеханічного зразку ходьби за словесними командами з використанням принципів біологічно зворотного зв'язку в режимі відеозапису та в режимі реального часу, використовувалася і в реабілітації і профілактиці МВСС у військовослужбовців [6, с. 1684]. Ефективність апаратної фізичної терапії вивчалася лише для реабілітації МВСС [2, с. 106]. При цьому було оцінено використання тільки двох видів фізіотерапевтичних процедур: екстракорпоральну ударно-хвильову терапію та гіпербаричну оксигенотерапію.

Результати проведеного аналізу публікацій показали, що зміна біомеханічного зразку ходи та використання додаткових ортопедичних засобів є ефективними для запобігання МВСС. В лікуванні стрес-синдрому найкращі результати досягалися при застосуванні мультидисциплінарної програми реабілітації та програм ТВ. Однак, зробити однозначні висновки щодо ефективності різноманітних фізіотерапевтичних втручань та програм реабілітації у військовослужбовців із МВСС важко. Причинами цього є

недостатня кількість досліджень, значні відмінності у методах досліджень, що використовувались, та суперечливість отриманих статистичних результатів.

Список літератури

1. The additional value of a pneumatic leg brace in the treatment of recruits with medial tibial stress syndrome; a randomized study / Moen M. H., et al. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 2010. Vol. 156, No 4. P. 236-40. DOI: 10.1136/jramc-156-04-06.

2. Shockwave treatment for medial tibial stress syndrome in military cadets: A single-blind randomized controlled trial. / Garcia S. G., et al. *International Journal of Surgery*. 2017. Vol. 46. P. 102–109. DOI: 10.1016/j.ijssu.2017.08.584.

3. Prevention of overuse injuries by a concurrent exercise program in subjects exposed to an increase in training load: a randomized controlled trial of 1020 army recruits / Brushoj C., et al. *American Journal of Sports Medicine*. 2008. Vol. 36, No. 4. P. 663–70. DOI: 10.1177/0363546508315469.

4. Short-Term Results of a Rehabilitation Program for Service Members With Lower Leg Pain and the Evaluation of Patient Characteristics / Meulekamp M.Z., et al. *Military Medicine*. 2016. Vol. 181, No 9. P. 1081–1087. DOI: 10.7205/MILMED-D-15-00303.

5. Effectiveness of foot orthoses for the prevention of lower limb overuse injuries in naval recruits: a randomised controlled trial / Bonanno D.R., et al. *British Journal of Sports Medicine*. 2018. Vol. 52, No 5. P. 298–302. DOI:10.1136/bjsports-2017-098273.

6. Sharma J., Weston M., Batterham A., Spears I. Gait retraining and incidence of medial tibial stress syndrome in army recruits. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2014. Vol. 46, No 9. P. 1684–1692. DOI: 10.1249/MSS.0000000000000290.

Марія МАЗЕПА

д. мед. наук, професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Львівського державного університету фізичної культури імені І. Боберського

Андрій ОРФІН

заступник директора з медичної частини
КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня»

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ НА СТАДІЇ СНІДУ.

Вступ. Широке застосування АРТ призвело до збільшення тривалості життя людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ), це створило нові виклики для системи охорони здоров'я, пов'язаними з хронічною ВІЛ-інфекцією. Одним з частих проявів якої є порушення функціонального стану (ФС) дихальної системи [1, с.11].

Дані літератури підтверджують позитивний ефект фізичної терапії (ФТ) загалом, та терапевтичних вправ зокрема у ЛЖВ. Вони дозволяють покращити ФС дихальної системи [2, с. 17].

Мета. Дослідити вплив структурованої комбінованої програми ФТ на покращення функціонального стану дихальної системи у ЛЖВ на стадії СНІДу.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 24 пацієнти з підтвердженою ВІЛ-інфекцією на стадії СНІДу, які знаходилися на амбулаторному лікуванні та спостереженні у Львівському обласному центрі громадського здоров'я (ЦГЗ).

Вивчення ефективності та оцінка програми ФТ проводилася за допомогою аналізу та порівняння у динаміці показників ФС ДС (частоту дихання, SpO₂, проби Штанге та Генчі, життєва ємність легень, індекс гіпоксії).

Статистичний аналіз: статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета аналізу Statistica 6.0 для Windows. Ми визначили середнє

арифметичне (X) і стандартне відхилення (S). Достовірність різниці оцінювали за допомогою U -критерію Манна-Уїтні. Рівень значущості для результатів виражали за допомогою значення p , при цьому $p < 0,05$ було статистично значущим.

Результати. Пацієнти, включені у дослідження, були розділені на дві дослідні групи за показниками ІМТ та рівнем $CD4+$ Т-лімфоцитів. Таким чином до першої групи увійшло 11 пацієнтів які мали ІМТ менший за 18,5 та $CD4+$ Т-лімфоцитами ≤ 100 кл/мл, а до другої – 13 ЛЖВ з ІМТ в межах від 18,5 до 24,9 та рівнем $CD4+$ Т-лімфоцитів вище 150 кл/мл. Середній вік пацієнтів у 1-й групі був 40,6 років, переважали жінки – 8 (72,7%), проти 3 (27,3%) пацієнтів чоловічої статі. Більшість пацієнтів були жителями міста – 7 (63,6%) і 4 (36,4%) були жителями села ($p > 0,05$).

До 2-ї групи було включено 13 ЛЖВ, середній вік яких був 40,5 років. Гендерний розподіл був таким: 8 (61,5%) ЛЖВ чоловічої статі та 5 (38,5%) ЛЖВ жіночої статі. Зі сільської місцевості 4 (30,8%) пацієнтів, а з міста – 9 (69,2%) пацієнтів ($p > 0,05$).

Усі включені у дослідження пацієнти мали ІV клінічну стадію ВІЛ-інфекції. У I групі тривалість ВІЛ/СНІДу в середньому був 9,2 роки, у II групі – 8,7 років ($p > 0,05$).

Середній показник рівня $CD4+$ Т-лімфоцитів у першій групі був $47,6 \pm 26,5$ кл/мл. У другій групі цей показник сягав $282,6 \pm 112,2$ кл/мл ($p < 0,05$). Рівень вірусного навантаження був $630433 \pm 278901,3$ копій/мкл у першій групі та $209543 \pm 278901,3$ копій/мкл у другій групі ($p < 0,05$). Антиретровірусну терапію (АРТ) у першій групі приймали 9 (81,8%), а у другій групі АРТ отримували лише 4 (30,8%) пацієнти ($p > 0,05$).

До контрольної групи включено 15 ЛЖВ, на стадії СНІДу, які отримували стандартну схему лікування відповідно до клінічних протоколів лікування та не виконували програму ФТ.

Таб. 1

Динаміка показників ФС дихальної та серцево-судинної систем

Показник	Група	Результат			P
		Перед початком	6 тиж.	12 тиж.	
ЧД (др/хв)	I дослідна	19,7 ± 1,2	19,2 ± 0,8	18,8 ± 0,7	≤0,05
	II дослідна	21,1 ± 1,8	19,3 ± 1,3	18,2 ± 1,4	≤0,01
	Контрольна	19,2 ± 1,3	19,4 ± 1,1	19,1 ± 0,8	≥0,05
SpO ₂ (%)	I дослідна	93,2 ± 1,9	93,8 ± 1,4	94,6 ± 0,9	≤0,05
	II дослідна	91,5 ± 1,6	92,8 ± 1,1	93,1 ± 0,9	≤0,01
	Контрольна	92,5 ± 1,2	92,6 ± 1,1	92,6 ± 1,2	≥0,05
ЖСЛ (мл)	I дослідна	2639,1 ± 430,3	2658,0 ± 447,7	2675,4 ± 450,1	≥0,05
	II дослідна	3144,5 ± 469,3	3156,2 ± 464,9	3162,8 ± 463,5	≥0,05
	Контрольна	2954,2 ± 428,7	2954,2 ± 428,7	2954,2 ± 428,7	≥0,05
Пр. Генчі (с)	I дослідна	32,3 ± 2,8	33,2 ± 2,9	32,6 ± 2,0	≥0,05
	II дослідна	29,8 ± 4,4	30,5 ± 3,1	31,5 ± 2,3	≥0,05
	Контрольна	29,5 ± 3,5	30,1 ± 3,2	30,1 ± 3,5	≥0,05
Пр. Штанге (с)	I дослідна	31,4 ± 5,2	32,0 ± 4,9	34,6 ± 3,5	≥0,05
	II дослідна	32,2 ± 6,6	33,2 ± 5,4	33,9 ± 4,3	≥0,05
	Контрольна	31,5 ± 4,3	31,6 ± 3,9	32,1 ± 3,9	≥0,05

Відповідно до таблиці 1 видно, що статистично значущі позитивні зміни після завершення програми ФТ відзначаються в обох дослідних групах ЛЖВ у показниках частоти дихання та SpO₂. Проте відсутні статистично значущі зміни за іншими показниками. Разом з тим більш значущі зміни спостерігаються у ЛЖВ включених до II дослідної групи.

Наші результати співпадають з даними наукової літератури, де автори вказують на покращення ФС дихальної системи у ЛЖВ [3, с. 15]

Висновки. Відповідно до отриманих результатів можна зробити висновок про позитивний вплив комбінованої програми ФТ на ФС дихальної системи ЛЖВ на стадії СНІДу.

Список літератури

1. Gutierrez J, Albuquerque ALA, Falzon L. HIV infection as vascular risk: A systematic review of the literature and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176686. doi: 10.1371/journal.pone.0176686.

2. Mansueto Gomes-Neto, PhD, Micheli Bernardone Saquetto, PhD, Iura Gonzalez Alves, PhD, Bruno Prata Martinez, PhD, João Paulo B Vieira, PhD, Carlos Brites, PhD, Effects of Exercise Interventions on Aerobic Capacity and Health-Related Quality of Life in People Living With HIV/AIDS: Systematic Review and Network Meta-Analysis, *Physical Therapy*, Volume 101, Issue 7, July 2021, pزاب092.

3. Ibeneme, S. C., Uwakwe, V. C., Myezwa, H., Irem, F. O., Ezenwankwo, F. E., Ajidahun, T. A., ... & Fortwengel, G. (2022). Impact of exercise training on symptoms of depression, physical activity level and social participation in people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 22(1).

Орест МАЛКОВ

аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії, львівський державний університет фізичної культури ім. Івана Боберського.

Марія Мазепа

д.м.н., професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії, львівський державний університет фізичної культури ім. Івана Боберського.

ІНДЕКСИ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СИСТЕМНІЙ СКЛЕРОДЕРМІЇ

Системна склеродермія (ССД) - хронічне системне сполучно-тканинно-судинне полісиндромне захворювання, яке характеризується поширеними фіброзно-склеротичними змінами, ураженням шкіри, судин за типом облітеруючого ендартеріїту та внутрішніх органів (легень, органів шлунково-кишкового тракту, серця). Фіброз різко знижує фізичну активність, яка включає не тільки функції рук і обличчя, але також дихання через залучення шкіри, підшкірних тканин та опорно-рухового апарату.

Реабілітація системного склерозу є місцева та загальна. Місцева реабілітація застосовується для підтримки та / або покращення функцій рук і обличчя, а загальна реабілітація включає в себе аеробні і резистентні вправи. Хоча, до теперішнього часу, недостатньо високоякісних рандомізованих клінічних випробувань, попередні дослідження показали ефективність реабілітаційної терапії для зменшення місцевої та системної неповносправності, що призводить до поліпшення якості життя. Хоча більшість лікарів визнають важливість реабілітації для ССД, зараз доступна обмежена інформація і реабілітаційна терапія для ССД не є поширеною.

Для оцінки стану пацієнта до та після терапевтичних втручань розроблені відповідні індекси, які клінічно використовуються при фізичній терапії хворих з ССД. В даному повідомленні наводимо індекси, які використовуємо в нашому науковому дослідженні.

Оцінювання загальної пов'язаної зі здоров'ям якості життя (HRQoL) включає оцінку здоров'я по індексу опитувальника неповносправності Health Assessment of Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) [8; 4,с.1], опитувальник для оцінки здоров'я при склеродермії Scleroderma HAQ (SHAQ), [8] функціональний бал склеродермії UK Scleroderma Functional Score (UKFS) [6; 7,с.1], міру Європейської якості життя 5 EuroQol 5-Domain (EQ-5D) [2, с-1;9], функціональну оцінку терапії втоми при хронічному захворюванні Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F) [9; 1, с-1] і медичні результати короткої форми 36 (SF-36). [3, с.1]

HAQ-DI - анкета для самостійної оцінки пацієнтом власної неповносправності, яка представлена у восьми доменах і безпосередньо корелює з ураженням шкіри, деформаціями рук, м'язовою силою та порушеннями серцевої чи ниркової недостатності у пацієнтів з ССД [8; 4,с.1].

SHAQ складається з HAQ (вісім доменів), а також включає інші шкали для визначення феномену Рейно, пальцеподібної виразки, залучення легень, залучення шлунково-кишкового тракту, білю та загальної важкості захворювання [8].

UKFS розроблено з метою зосередження уваги на неповносправності, яка спричинена ущільненням шкіри верхніх кінцівок та проксимальною м'язовою слабкістю [6]. Порівняльне дослідження, присвячене UKFS і HAQ-DI, показало сильну кореляцію між цими методами оцінки, і при використанні в комбінації ці інструменти дають змогу оцінити загальні та органно-специфічні для організму симптоми, а також функціональні обмеження [7,с.1].

EQ-5D – анкета для самостійної оцінки пацієнтом його якості життя. Це коротка анкета яка швидко заповнюється і надає інформацію про біль, мобільність, самопочуття, активність та тривогу на додаток до глобальної оцінки хворого[2,с.1].

FACIT-F - це 13-елементний опитувальник, який оцінює суб'єктивну втому, її вплив на повсякденну діяльність та функціонування [9, с.1; 1,с.1].

SF-36 - це самостійний опитувальник, який оцінює якість життя пов'язану зі здоров'ям [3, с.1].

Важке ущільнення шкіри може призвести до деформації пальців рук. Для оцінки функції рук, репрезентативними заходами для ССД є шкала функціональної неповносправності руки Кочіна (CHFDS), яку також називають індексом рук Duruoz's Hand Index (DHI) та шкала рухливості руки при склеродермії (HAMIS) [5,с.1]..

HAMIS - це тест функціонування руки для пацієнтів ССД і його мета - отримати оцінку рухливості рук, яка є достатньо точною для виявлення обмежень руху, вказуючи на можливість використання рук у повсякденній діяльності [5,с.1]

Для оцінки функціонального стану дихальної системи використовували традиційні тести та індекси – COPD, САТ, Тест 6-хвилинної ходьби.

Дані індекси допомагають фізичному терапевту об'єктивно оцінити стан пацієнта з системною склеродермією як для підбору відповідної терапії так і для визначення її ефективності.

Список літератури

1. Cella D, Yount S, Sorensen M, et al. Validation of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Fatigue Scale relative to other instrumentation in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005. №32(5). P. 811-819.
2. EuroQol Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990. №16(3). P. 199-208.
3. Khanna D, Clements PJ, Furst DE, et al. Correlation of the degree of dyspnea with health-related quality of life, functional abilities, and diffusing capacity for carbon monoxide in patients with systemic sclerosis and active alveolitis: results from the Scleroderma Lung Study. *Arthritis Rheum*. 2005. № 52(2). P. 592-600.
4. Kuwana M, Sato S, Kikuchi K, et al. Evaluation of functional disability using the health assessment questionnaire in Japanese patients with systemic sclerosis. *J Rheumatol*. 2003. №30(6). P. 1253- 1258.
5. Sandqvist G. Hand Mobility in Scleroderma (HAMIS) : the reliability of a novel hand function test / Sandqvist G., Eklund M. // *Arthritis Care and Research*. 2000. Vol. 13(6). P. 369 – 374.
6. Silman A, Akesson A, Newman J, et al. Assessment of functional ability in patients with scleroderma: a proposed new disability assessment instrument. *J Rheumatol*. 1998. № 25(1). P. 79-83.
7. Smyth AE, MacGregor AJ, Mukerjee D, et al. A cross-sectional comparison of three self-reported functional indices in scleroderma. *Rheumatology*. 2003. № 42(6). P. 732-738.
8. Steen VD and Medsger TA Jr. The value of the Health Assessment Questionnaire and special patient-generated scales to demonstrate change in systemic sclerosis patients over time. *Arthritis Rheum*. 1997. № 40(11). P. 1984-1991.
9. Strickland G, Pauling J, Cavill C, et al. Predictors of health-related quality of life and fatigue in systemic sclerosis: evaluation of the EuroQol-5D and FACIT-F assessment tools. *Clin Rheumatol*. 2012. № 31(8). P. 1215-1222.

Дмитро МІЗИН

студент 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ PUSH-СИНДРОМІ В ОСІБ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Вступ. Інсульти висувають перед суспільством серйозні медико-соціальні та економічні завдання, а організація допомоги пацієнтам із цією патологією потребує подальшого вдосконалення. Інсульт є однією з основних причин тривалої та глибокої інвалідизації. Правильна реабілітація пацієнтів після перенесеного інсульту передбачає корекцію моторних та когнітивних порушень, а також соціальну адаптацію. Відновлення різних функцій після інсульту можливе за умови мультидисциплінарного принципу ведення даної категорії пацієнтів, в тому числі своєчасного використання методів фізичної терапії, що запобігає виникненню можливих ускладнень [1, с. 78].

До основних факторів, що стримують проведення адекватної реабілітації пацієнтів після інсульту, можна віднести синдром неглекту (синдром зорово-просторових порушень) та синдром "відштовхування" (push-синдром) [8, с. 452].

Мета дослідження – за даними літератури проаналізувати підходи до застосування заходів фізичної терапії при push-синдромі в осіб після інсульту.

Результати дослідження. Push-синдром – це досі мало досліджений розлад, який клінічно проявляється у 5-52% випадків пацієнтів, що перенесли інсульт [4, с. 1654].

Було запропоновано три важливі характеристики push-синдрому, а саме: 1) спонтанна постава, 2) збільшення сили відштовхування шляхом розгинання непаретичних кінцівок і 3) стійкість до пасивної корекції постави. Щоб допомогти клініцистам у діагностиці push-синдрому та оцінки його тяжкості були розроблені клінічні інструменти для обстеження: Модифікована шкала контраверсивного відштовхування і Шкала латеропульсії Берка [8, с. 452].

Пацієнти з push-синдромом, як правило, мають найважчі порушення та функціональні обмеження в ході, стоянні та пересуваннях, які ускладнюють процес реабілітації. Крім того, цим пацієнтам потрібно набагато більше часу для відновлення функціональної незалежності, порівняно з постінсультними пацієнтами без push-синдрому. Отже, винайдення ефективного терапевтичного підходу має вирішальне значення для покращення стану цієї категорії пацієнтів та скорочення тривалості реабілітації [3, с. 250].

На сьогоднішній день існує мінімальна кількість доказів щодо ефективних втручань при push-синдромі. В літературі пропонуються такі підходи, як: тренування ходьби за допомогою роботизованих систем, візуальний зворотний зв'язок, гальванічна вестибулярна стимуляція та фізична терапія з додатковими компонентами (релаксаційна терапія в положенні лежачи, бічне крокування на біговій доріжці з підтримкою тіла).

Результати досліджень вказують на те, що тренування ходьби за допомогою роботизованих систем та тренування із візуальним зворотним зв'язком видаються багатообіцяючими додатковими підходами в лікуванні push-синдрому, хоча результати щодо ефективності візуального зворотного зв'язку є суперечливими [2, с. 991; 6, с. 1319]. Також є докази на користь застосування звичайних підходів фізичної терапії, доповнених додатковими компонентами, такими як релакс-терапія або тренування на тредмілі із боковими кроками [5, с. 2690; 7, с. 313].

Щодо гальванічної вестибулярної стимуляції, дослідження не підтвердили ефективності даного підходу при push-синдромі [8, с. 457].

Слід зазначити, що до результатів згаданих досліджень слід ставитися обережно, оскільки вони включали невеликі вибірки та мають методологічні недоліки. Загалом кількість опублікованих робіт у цій галузі дуже не велика, що свідчить про необхідність проведення подальших досліджень.

Висновки. Push-синдром значно погіршує реабілітаційний прогноз та знижує реабілітаційний потенціал пацієнтів після інсульту.

Результати огляду літератури показують, що деякі терапевтичні підходи можуть бути корисними для подолання цього порушення, особливо в поєднанні зі стандартними програмами фізичної терапії. Проте кількість досліджень все ще дуже обмежена, що відкриває перспективи для подальших наукових розробок в цьому напрямку.

Список літератури

1. Охунжанова М. З. Реабилитация больных, перенесших инсульт. *Journal of Advanced Research and Stability*. 2022. Vol. 02 Is. 04. P. 78–85.
2. Effects of interactive visual feedback training on post-stroke pusher syndrome: A pilot randomized controlled study / Yang Y. R. et al. *Clin Rehabil*. 2015. №29(10). P. 987–993.
3. Paci M., Vaccini M., Rinaldi L. A. Pusher behaviour: A critical review of controversial issues. *Disability and Rehabilitation*. 2009. №31(4). P. 249–58.
4. Prevalence and length of recovery of pusher syndrome based on cerebral hemispheric lesion side in patients with acute stroke / Abe H. et al. *Stroke*. 2012. № 43(6). P. 1654–1656.
5. Prone positioning reduces severe pushing behavior: three case studies / Fujino Y. et al. *J Phys Ther Sci*. 2016. № 28(9). P. 2690–2693.
6. Robot-assisted gait training to reduce pusher behavior: A randomized controlled trial / Bergmann J. et al. *Neurology*. 2018. № 91(14). P. 1319–1327.
7. Romick-Sheldon D., Kimalat A. Novel treatment approach to contraversive pushing after acute stroke: A case report. *Physiother Canada*. 2017. № 69(4). P. 313–317.

8. Thanaya S. A. P., Mardhika P. E. Therapeutic Approaches for Pusher Syndrome after a Stroke: a Literature Review. *Intisari Sains Medis*. 2019. №10 (2). P. 452–458.

Олексій НІКАНОРОВ

д. фіз. вих., професор,
професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Національний університет фізичного виховання і спорту України

Валерія МИХАЙЛИЧЕНКО

студентка 2 курсу магістратури спеціальності
"Фізична терапія, ерготерапія"

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ТЕНДИНОПАТІЇ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ У БІГУНІВ

Вступ. Тендинопатія ахіллового сухожилля (ТАС) – це поширений клінічний синдром, який складно піддається лікуванню через його періодично рецидивуючий характер. ТАС характеризується болем, набряком, затвердінням при пальпації ахіллового сухожилка (АС), що виявляється на відстані від 2 до 6 см краніально від п'яткової кістки [1, с. 20; 2, с. 38].

На ТАС припадає до 65% пошкоджень АС. Зростання розповсюженості ТАС пов'язують зі збільшенням інтересу серед населення до активних видів відпочинку та спортивної діяльності, збільшенням тривалості життя та деякими іншими факторами [1, с. 20].

Дослідження виявили ТАС у 9% професійних бігунів [6, с. 168]. ТАС виникає внаслідок навантажень м'язово-сухожильного апарату нижньої кінцівки і спричинює біль, зниження толерантності сухожилля до навантажень та погіршення функціональних можливостей пацієнта. Спостерігають

характерні зміни в структурі сухожилля, в результаті чого воно менше здатне витримувати повторне розтягувальне навантаження, що збільшує ризик виникнення гострої травми АС [1, с. 20]. Важлива роль у профілактиці травматизму та поверненні пацієнтів із ТАС до спортивної діяльності належить заходам фізичної терапії.

Мета дослідження – за даними аналізу літератури дослідити сучасні підходи до застосування фізичної терапії при ТАС.

Результати дослідження. Етіологія тендинопатій залишається не зовсім зрозумілою, а патофізіологія вказує на те, що стан є невиліковним [1, с. 20]. Це означає, що реабілітація при ТАС часто є важким і тривалим процесом. Процес фізичної терапії має розпочинатися з ретельної клінічної оцінки для встановлення функціонального стану м'язово-сухожильної функції нижньої кінцівки, контролю тазу, функції кінетичного ланцюга нижньої кінцівки та для визначення інших факторів, які можуть сприяти виникненню симптомів [5, с. 299].

Важливою частиною реабілітаційної програми при ТАС є обмеження навантаження на АС, що дозволяє зменшити больовий синдром. У той час як повне припинення навантаження не є доречним, оскільки це призводить до ослаблення м'язово-сухожильної одиниці та несприятливих змін всередині самого сухожилля, часткове зменшення навантаження дозволяє зменшити симптоми пацієнта до рівня, який забезпечить адекватну функцію для занять спортом, повсякденної діяльності або виконання програми терапевтичних вправ [3, с. 10].

Основу програми фізичної терапії при ТАС складають терапевтичні вправи для розвитку сили, формування правильного рухового стереотипу та розвитку фізичних якостей, специфічних для виду спорту. Розробляючи програму фізичної терапії для пацієнтів із ТАС, важливо враховувати функціональний/спортивний рівень пацієнтів до травми та кінцеву мету реабілітаційної програми. Програма фізичної терапії обов'язково повинна включати вправи, характерні для виду спорту з імітацією м'язової діяльності

при відповідних навантаженнях, швидкостях і кутах. Ця функціональна перепідготовка є запорукою повернення спортсмена до бажаного рівня активності [5, с. 300].

Механізми загострення АС вказують на те, що програма фізичної терапії повинна бути тривалою та має продовжуватись навіть за умови досягнення пацієнтом бажаного рівня функціональної та спортивної діяльності. Тривалість програм фізичної терапії при ТАС зазвичай складає 6-12 місяців [3, с. 11].

Також важливо враховувати, що програми фізичної терапії, реалізовані під час тренувань і змагань спортсмена менш імовірно будуть такими ж успішними, як ті, що проводяться у період міжсезоння [4].

Висновки. ТАС – поширений синдром, що виникає в результаті перенапруження АС, викликаного повторюваним навантаженням. Патологія носить стійкий хронічний характер і може бути невиліковною. Реабілітація при ТАС ґрунтується на програмі терапевтичних вправ, спрямованих на покращення функції сухожилля, м'язів і нормалізацію кінетичного ланцюга тазу та нижніх кінцівок.

Список літератури

1. Блонський Р. І. Оцінка ефективності застосування препарату Флекстра в пацієнтів з латеральними тендинопатіями ліктьового суглоба й ахіллового сухожилля. *Травма*. 2021. Том 22. № 3. С. 20–27.

2. Зазірний І. М. Ендоскопічні втручання на ахілловому сухожилку за наявності тендинопатії. *Здоров'я України*. 2012. № 11. С. 38–39.

3. Cook J., Khan K., Purdam C. Patella tendinopathy: pathomechanics and a modern approach to treatment. *International Sports Medicine Journal*. 2001. № 2 (1). P. 1–12.

4. Eccentric decline squat protocol offers superior results at 12 months compared with traditional eccentric protocol for patellar tendinopathy in volleyball players / Young M.A. et al. *British Journal of Sports Medicine*. 2005. № 39(2). P. 102–105.

5. Kountouris A., Cook J. Rehabilitation of Achilles and patellar tendinopathies. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007. № 21(2). P. 295–316.
6. Lisholm J., Wiklander J. Injury in runners. *Am. J. SportsMed*. 1987. №15.

Світлана СЕРМАН

студентка 3 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Наталія СТРАТІЙЧУК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ПОТЕРАПІЯ ЯК ТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ДЛЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Кількість дітей з розладом аутистичного спектру досить висока як в Україні, так і в світі загалом і даний показник щорічно зростає. За статистичними даними Центру контролю і профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention) в 2018 році співвідношення здорових дітей і дітей з аутизмом склало 1:59, у порівнянні з 2004 роком, коли таке співвідношення становило 1:166, тобто воно зросло майже в 3 рази. Статистичні дані за 2021 відмічають розлад аутистичного спектру у кожної 54-ї дитини, що на 10% більше, ніж у 2018 році. За даними наукових досліджень існують різні теорії такого стрімкого збільшення кількості дітей з цим захворюванням. Деякі вчені стверджують, що це може бути пов'язано з модернізацією і покращенням якості діагностики захворювання [3, с. 2-3]. Натомість розвивається і фізична терапія, запропонована для даної категорії

пацієнтів, створюються нові технології та засоби, покращується якість реабілітаційних послуг.

Діти з аутизмом досить відсторонені, не бажають спілкуватися з іншими та надають перевагу самотності, підхід до них знайти складно, а завдання реабілітації полягає зокрема в їх адаптації до навколишнього світу та соціалізації. Оскільки при аутизмі спостерігаються порушення в різних сферах психічної діяльності, то, відповідно, для терапії таких дітей необхідно шукати комплексний підхід. Основні цілі терапії в даному випадку – зниження пов'язаних з аутизмом труднощів, підвищення адаптивності, якості життя і самостійності, соціалізація, а також зниження напруженості в сім'ї [3, с. 5].

В реабілітації дітей з аутизмом в останній час широко застосовуються альтернативні методи реабілітації. Одним із них є іпотерапія («лікування кіньми»). У світовій реабілітаційній практиці лікувальна верхова їзда розглядається як багатофункціональний метод реабілітації, що дозволяє враховувати психологічний і фізіологічний статуси людини. Цей метод чинить комплексний позитивний вплив не тільки на фізичний стан пацієнта, але і на психоемоційний, сприяє максимальній мобілізації вольової діяльності, формуванню більш гармонійних відносин зі світом [2, с. 111]. Іпотерапію, як науково-обгрунтований спосіб реабілітації, можна вважати одним з кращих способів соціалізації дітей, які страждають розладами аутистичного спектру. Взаємодія дитини з конем – повноцінний комунікативний ланцюжок зі зворотним зв'язком між нею та навколишнім світом. Кінь стає сполучною ланкою між внутрішнім світом дитини і навколишнім середовищем. Під час занять дитина залишається всередині свого, безпечного і звичного світу, але одночасно змушена взаємодіяти з оточенням [1, с. 168]. Це розвиває в ній нові якості, відкриває її, компенсує дефіцит спілкування, а в майбутньому створює можливості перебування дитини в оточенні однолітків.

Коней вважають одними з найбільш розумних тварин завдяки їх сприйнятливості і здатності конструктивно взаємодіяти з людиною. Тому проведення часу з ними було обрано як один із засобів реабілітації.

За даними проведеного дослідження з залученням групи з 8 дітей дошкільного та шкільного віку (5-9 років) вивчався вплив іпотерапії на їх емоційний і фізичний стан та процес соціалізації. Для порівняння було проведено пробу Ромберга та тест Берга (розворот на 360 градусів, стояння на одній лінії) перед і після курсу занять. Дітям проведена візуальна поступальна діагностика, в результаті виявлено порушення постави у 6 досліджуваних і слабкість розвитку м'язового корсету у всіх респондентів. Опитування батьків показало, що 3-6 год. в день діти проводять з електронними гаджетами, відмовляються спілкуватися з дорослими та однолітками, мова збіднена, користуються короткими реченнями з 2-3 слів.

Іпотерапія забезпечує одночасне включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла вершника, тому що сидячи на коні та рухаючись разом з ним, дитина впродовж усього сеансу інстинктивно прагне зберегти рівновагу [2, с. 114]. Заняття розпочинали з вправ для зміцнення м'язового корсета і засвоєння навички правильної постави, зміцнення внутрішньої поверхні стегна, вправ на розвиток балансу, координації та гнучкості тривалістю 5-7 хвилин з кількістю повторів 5-6 разів.

Графік занять для дітей з аутизмом включав два заняття на тиждень протягом трьох місяців, що забезпечило поступове звикання та дозволило дітям побороти страх, викликати позитивні враження, радість, зацікавленість, бажання продовжувати заняття і тренуватись навичкам їзди, а згодом – залишитись на рівні хобі чи професійного спорту. На початковому етапі діти виявляли боязнь, небажання контактувати з конем, відчували дискомфорт і негативні емоції під час пристосування до нових умов. Оскільки головною особливістю іпотерапії є присутність емоційного фактору, можливість навчитися довіряти партнеру, встановлювати нормальні соціальні відносини, бажання емоційного контакту з твариною, це покращило загальний рівень соціалізації дітей з розладами спектру аутизму. На другому – третьому занятті у дітей спостерігалась зацікавленість та зниження боязні спілкування з конем.

Заняття з іпотерапії цілком безпечні, оскільки тварин для цього обирають спокійних, а заняття відбувається під контролем конюха, який і керує конем, тримаючи за вуздечку, та фізичного терапевта, який завжди поряд і здатний заспокоїти дитину, скоригувати її поведінку [1, с. 168]. Процес знайомства та піклування за твариною виховує турботу за іншими, емпатію, милосердя у дітей.

Заняття іпотерапією вимагають концентрації уваги, що підвищує здатність дитини з аутистичним розладом адекватно реагувати на зовнішні подразники, а керування конем вимагає інтенсивного обміну інформації з навколишнім світом: вершник повинен віддавати команди, аналізувати дії тварини, коригувати свою поведінку в залежності від реакції коня.

За оцінкою проби Ромберга та тесту Берга (обертання навколо осі тіла) встановлено, що показник після проведення курсу занять вищий, ніж на початку. Це пов'язано з тим, що дитина вчиться забезпечувати необхідний рух для взаємодії з конем, що позитивно впливає на розвиток координаційних здібностей, вміння володіти власним тілом, відчувати його.

Слід відзначити, що в ході проведеної іпотерапії дітей з розладами аутистичного спектру спостерігалася корекція емоційно-вольової сфери – елементи цілеспрямованої регуляції поведінки, з'явилися навички управління власним тілом, покращився розвиток рівноваги та координації рухів; відмічена позитивна динаміка розвитку психічних функцій зокрема: швидкості реакції, уваги, пам'яті, збагатилася мова дітей та бажання спілкуватися.

Список літератури

1. Темерівська Т. Г., Ворнічеса Т. В. Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру «Молодий вчений» № 3.3 Березень 2018. С. 167-170.
2. Шаповалова І. Іпотерапія як засіб впливу на координаційні здібності з розладами спектру аутизму. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. Грудень 2018. С. 111-117.

3. Дубчак О., Кирилова М. Застосування іпотерапії при роботі з дітьми-аутистами. Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка 2018. С. 125–129.

4. Терапії для дітей. Офіційний веб-сайт реабілітаційного центру «Spirit». URL: <https://hippoterapia.com.ua/terapii-dlja-detej/>

Сергій СОБОЛЬ

студент 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Вступ. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) у дітей має велике медико-соціальне значення в силу своєї поширеності та тяжких наслідків. Реабілітація дітей із ЧМТ є складною проблемою через гетерогенність популяції пацієнтів, які відрізняються за віком початку, характером і тяжкістю наслідків травматичного ураження головного мозку [2, с. 339].

Хоча вважається, що діти демонструють кращі результати відновлення після ЧМТ, ніж дорослі пацієнти, це твердження майже не підтвержене доказами [1, с. 2197]. Наслідки отриманої ЧМТ можуть бути не очевидні протягом місяців або років після події, проявляючись із зростанням освітніх та соціальних вимог [2, с. 339]. Питання про раціональне застосування реабілітаційних заходів та їхню ефективність у дітей із ЧМТ залишаються відкритими, що обумовлює актуальність теми дослідження.

Мета дослідження – за даними аналізу літератури дослідити сучасні проблеми реабілітації при ЧМТ у дітей.

Результати дослідження. Реабілітація – процес, спрямований на те, щоб люди з інвалідністю могли досягти та підтримувати рівень оптимального фізичного, сенсорного, інтелектуального, психологічного та соціального функціонування. Використовуючи структуру Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) для опису сфер функціонування й інвалідності, реабілітаційний процес може фокусуватись на структурах та функціях тіла (наприклад, сила, м'язовий тонус, ковтання), діяльності та участі (мобільність, гра, навчання, спілкування), факторах навколишнього середовища та якості життя пацієнтів. Після ЧМТ цілями реабілітації є відновлення преморбідного рівня здоров'я та сприяння розвитку дитини відповідно до її віку [2, с. 340].

Реабілітаційні заходи при ЧМТ у дітей спрямовані на відновлення і поліпшення функціонування, відновлення втрачених навичок, адаптацію завдань, використання альтернативних стратегій (наприклад, поведінкового навчання), зміни навколишнього середовища, психологічні підходи (наприклад, тренування пам'яті), поведінкову терапію, психотерапію, навчання дитини та її оточення щодо розуміння функціонального впливу травми головного мозку. У клінічній практиці один або декілька з цих підходів часто використовуються одночасно. Слід зазначити, що хоча постійно з'являються нові дослідження, докази щодо ефективності окремих методів реабілітації у дітей із ЧМТ залишаються обмеженими [3, с. 678].

На характер та інтенсивність реабілітаційних втручань може впливати стадія відновлення, а також наявні ресурси. Протягом гострої фази реабілітація часто націлена на сенсорну та моторну стимуляцію. У центрі уваги спеціаліста з реабілітації можуть бути усвідомлення дитиною змін у фізичних, комунікаційних і поведінкових реакціях на стимуляцію та ідентифікація ризиків (наприклад, пов'язаних із діапазоном рухів суглобів, сенсорними функціями, імпульсивністю та дратівливістю). Тоді як новонароджених та немовлят часто якнайшвидше виписують додому, діти старшого віку можуть

проходити стаціонарну реабілітацію в лікарні або реабілітаційному закладі. Під час підгострої фази фокус реабілітації – на сприянні одужанню, компенсації порушень (наприклад, використання ортопедичних засобів для самостійної ходьби) і постійному набутті розвиваючих навичок. У цій фазі відновлення діти часто отримують найбільш інтенсивні втручання. У хронічній стадії в центрі уваги найчастіше перебувають реінтеграція дитини в сім'ю, школу та громаду. Цей процес може вимагати адаптації середовища (наприклад, модифікація навчальних матеріалів, фізичного доступу до дому та школи, або навчання та підтримка педагогічного колективу) [2, с. 340].

Варіанти організації реабілітаційного процесу широко варіюють і залежать від безлічі факторів, включаючи особливості системи охорони здоров'я країни або регіону. В Україні, відповідно до міжнародних стандартів, рекомендована мультидисциплінарна реабілітація за моделлю МКФ. Проте практичне впровадження цієї моделі ще не є достатнім.

Ще однією проблемою є оцінка ефективності реабілітації, яка вимагає використання валідних та надійних методів. В неоднорідній популяції, якою є діти з ЧМТ, виникають практичні проблеми в реалізації стандартизованих методів оцінки, що відповідають віку дитини. Проблемою може бути також неможливість розмежування ефектів від реабілітації та спонтанного одужання, яке може відбутися через декілька місяців після встановлення діагнозу [2, с. 339].

Висновки. Цілі, завдання та результативність реабілітації дітей із ЧМТ залежать від багатьох факторів. Неврологічні наслідки ЧМТ численні та складні, що вимагає мультидисциплінарної індивідуалізованої реабілітації постраждалого. Відповідно до сучасних підходів є доцільним створення та впровадження реабілітаційних програм для дітей із ЧМТ, що ґрунтуються на моделі МКФ.

Список літератури

1. Anderson V., Spencer-Smith M., Wood A. Do children really recover better? Neurobehavioural plasticity after early brain insult. *Brain*. 2011. №134. P. 2197-2221.
2. Gordon A. L., di Maggio A. Rehabilitation for Children After Acquired Brain Injury: Current and Emerging Approaches. *Pediatric Neurology*. 2012. № 46(6). P. 339–344.
3. Liepert J. Evidence-based therapies for upper extremity dysfunction. *Curr Opin Neurol*. 2010. №23. P. 678-682.

Юрій ФЕДЕНКО

студент 2 курсу магістратури спеціальності

"Фізична терапія, ерготерапія"

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ІЗ БОЛЕМ В ПОПЕРЕКУ

Вступ. Біль у попереку (БП) є одним із найпоширеніших захворювань опорно-рухового апарату в промислово розвинутих країнах. Хоча поширеність БП є високою, більшість хворих одужують протягом 1 місяця. Однак, приблизно у 10–40% пацієнтів із БП розвиваються хронічні симптоми та певний ступінь інвалідності [6, с. 1]. Хоча існує багато різних підходів, які використовуються в лікуванні хронічного болю в попереку (ХБП), існує консенсус серед клінічних настанов щодо заохочення консервативного втручання. Консервативне лікування як правило ототожнюється з фізіотерапевтичним втручанням, яке включає терапевтичні вправи та навчання пацієнтів [5, с. 9]. Встановлено, що психологічні фактори можуть впливати на загальний прогноз щодо одужання пацієнтів із ХБП, проте вплив

психосоціальних факторів на ефективність фізичної терапії вивчений не достатньо.

Мета дослідження – за даними літератури дослідити зв'язок між психосоціальними факторами та ефективністю заходів фізичної терапії в осіб із хронічним болем в попереку.

Результати дослідження. Вивчення психологічних факторів, таких як кінезіофобія та катастрофізація захворювання в осіб із ХБП, опинилось в центрі уваги дослідників нещодавно.

В систематичному огляді 25 проспективних когортних досліджень автори зробили висновки про те, що уникаюча поведінка, депресія та катастрофізація є прогностичними факторами хронізації захворювання в осіб із БП [1, с. 109].

В іншому систематичному огляді автори підкреслили негативний вплив уникаючого типу поведінки в осіб із БП на результати відновлення [3, с. 2658].

Метою систематичного огляду Alhowimel A. et al. було виявлення психосоціальних факторів, асоційованих зі стійким больовим синдромом та інвалідністю в осіб із ХБП, які проходять курс фізичної терапії [6, с. 5].

Отримані результати підтвердили зв'язок між наявністю певних психосоціальних факторів до початку терапії та ступенем інвалідності і рівнем болю після фізіотерапевтичного втручання: чим вищий був ступінь інвалідності та болю, тим вищими були прояви уникаючої поведінки та катастрофізації.

Ці асоціації можуть мати прямі наслідки для терапії пацієнтів із ХБП, особливо для тих, хто має низькі показники функціонування. Отримані в систематичному огляді результати підтвердили дані George S. Z. et al. про вплив інтенсивності больового синдрому на прогноз результатів терапії в осіб із ХБП [4, с. 49].

Вони також узгоджуються з висновками систематичного огляду Wertli M. M. et al., в якому було виявлено, що переконання учасників щодо необхідності уникнення болю в повсякденній активності мали негативний вплив на ефективність терапії [3, с. 2658].

Дані цих досліджень підтверджують легітимність моделі унікаючої поведінки, яка припускає, що наявність психологічних факторів, таких як страх болю та катастрофізація, призводить до розвитку кінезіофобії, відмови від виконання програми фізичної терапії та, як наслідок, подальшої інвалідності [2, с. 126].

Втім, хоча результати досліджень свідчать про чітку кореляцію між психосоціальними факторами та ефективністю фізичної терапії в осіб із ХБР, їх не можна вважати переконливими через різноманітність включених до систематичних оглядів досліджень та методичні недоліки в їхній організації.

Висновки. Наявні дані вказують на існування зв'язку між психосоціальними факторами, такими як кінезіофобія, катастрофізація захворювання, депресія тощо, та ефективністю фізіотерапевтичного лікування осіб із ХБП. Краще розуміння цих взаємозв'язків може створити підґрунтя для індивідуалізованих фізіотерапевтичних втручань, спрямованих на корекцію психосоціальних порушень у пацієнтів з ХБП. Перспективи подальших досліджень полягають в оцінці ефективності фізіотерапевтичних заходів, спрямованих на психосоціальні фактори при ХБП.

Список літератури

1. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain / Pincus T. et al. *Spine*. 2002. № 27. P. 109– 120.
2. Does a patient's physical activity predict recovery from an episode of acute low back pain? A prospective cohort study / Hendrick P. et al. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013. №14. P. 126.
3. Fear-avoidance beliefs – a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review / Wertli M. M. et al. *Spine J*. 2014. № 14(11). P. 2658–2678.
4. George S. Z., Beneciuk J. M. Psychological predictors of recovery from low back pain: a prospective study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015. № 16. P. 49.

5. How is recovery from low back pain measured? A systematic review of the literature / Kamper S. J. et al. *Eur Spine J.* 2011. № 20(1). P. 9–18.

6. Psychosocial factors associated with change in pain and disability outcomes in chronic low back pain patients treated by physiotherapist: A systematic review / Alhowimel A. et al. *SAGE Open Med.* 2018. № 6. P. 1-8.

Оксана ФІГУРА

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Христина БЕЦКО

студентка I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

АКТУАЛЬНІСТЬ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПІКОВОГО УРАЖЕННЯ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

В даний час опікові травми залишаються однією з найпоширеніших форм травм, які виникають під час надзвичайних ситуацій в усьому світі. Важливість реабілітації опікових травм зросла завдяки покращенню короткострокового та тривалого виживання людей з великими опіками. Успішні результати після опікової травми руки вимагають розуміння реабілітаційних потреб пацієнта. Реабілітація після опіку кисті починається після госпіталізації, і для кожного пацієнта потрібен спеціальний план щодо діапазону рухів та/або іммобілізації, функціональної активності та модальностей. Опіки кисті часто призводять до обмеження функціональності та згинання/розгинання пальців і є основною перешкодою в реабілітації [1,2].

Опіки верхніх кінцівок – це травматичні ушкодження, що впливають на здатність особи виконувати побутову і професійну діяльність. При опіку страждають м'язи та сухожилля, нервово-судинні утворення, суглоби та кістки. В подальшому можливе утворення рубців, рубцевих деформацій, тощо. Реабілітація пацієнта з опіковим ураженням потребує мультидисциплінарного підходу. До реабілітації залучаються опікові хірурги, медсестри, фізичний терапевт, ерготерапевт, психолог та інші фахівці, допомога яких є важливою у кожному конкретному випадку. Лікування опіку не зводиться лише до медикаментозної терапії, важлива роль у цьому питанні відводиться фізичній терапії та ерготерапії. Фізична терапія спрямовується на підтримку та поступове збільшення діапазонів рухів в ураженій верхній кінцівці, зменшення набряку та рівня болю, покращення м'язової сили, запобігання розвитку контрактур та рубців [5].

Для оцінки стану ураженої кінцівки широко застосовуються: гоніометрія для вимірювання ROM; ручне тестування сили м'язів і динамометрія для оцінки сили м'язів; індекс Бартеля (BI) і шкала вимірювання функціональної незалежності (FIM) для оцінки ADLs; Vancouver Scar Scale для оцінки рубців та ін. [3].

Одними з найпоширеніших ускладнень після опіку є: утворення шрамів, стягнень, ампутації, деформація нігтів, суглобів, контрактури Пальмера, синдактилія, гіпертрофічні рубці, обмеження або зниження функції руки [1].

Реабілітаційний процес слід розпочинати з дня надходження пацієнта у разі будь-якої опікової травми з метою мінімізації набряку, підтримки м'яких тканин у витягнутому положенні та збереження функції.

Основними методами раннього реабілітаційного втручання є шинкування, позиціонування й іммобілізація. Всі ці методи мають на своїй меті попередити утворення контрактур, деформацій суглобів чи нігтів. Мета ерготерапевтичного втручання полягає в тому, щоб пацієнт з опіком повернувся до свого приватного, соціального та професійного середовища. Функціональні розлади повинні бути покращені і, якщо можливо, усунуті, а

подальше загострення слід попередити. У той же час постраждала особа та її соціальне оточення повинні сприяти прийняттю та неупередженому лікуванню наслідків опіків. Ці цілі можуть бути досягнуті за допомогою функціональної терапії, реабілітації, стратегій заміщення навчання (функціональна адаптація) та підтримки в подоланні травми. В ерготерапії дрібна моторика практикується і вдосконалюється за допомогою функціональних і координаційних тренувань. Крім того, метою є сприяння незалежності у сфері діяльності ADLs через цільове навчання, допоміжні засоби, адаптовані до травми. У реабілітації рук дзеркальна терапія займає одне з центральних місць, вона використовується спеціально для реінтеграції травмованої руки в організм. У цьому лікуванні, яке є однією з терапією за допомогою уяви, здорова рука пацієнта віддзеркалюється, пацієнт сприймає її як очевидно функціональну, і послідовності рухів тренуються в цій ситуації. Після функціонального покращення та достатньої сили рук план доповнюється спеціальним навчанням. Також може знадобитися додаткове надання допоміжних засобів, адаптованих до професійних вимог [1,4].

Основними напрямками роботи ерготерапевта з пацієнтами з опіковими травмами верхніх кінцівок є підбір необхідних шин і пояснення правил компресійної терапії, навчання пацієнта догляду за рубцями, техніці полегшеного та безпечного одягання, техніці користування додатковими технічними засобами, які полегшують виконання роботи. Ерготерапевт пояснює пацієнтові: ознаки неправильного підбору або носіння компресійного одягу, як користуватися доступними допоміжними засобами при одяганні та зніманні компресійної білизни для уникнення зсуву шкіри; правила щоденного догляду за шкірою з метою вторинної профілактики рубців; правила прийому ванних процедур і прання одягу для уникнення подразнень та сухості шкіри [3].

Список літератури

1. Die Rehabilitation der verbrannten Hand, 2017.URL: <https://www.rosenfluh.ch/media/dermatologie-aesthetische-medizin/2017/05/Die-Rehabilitation-der-verbrannten-Hand.pdf>)

2. Guidelines for burn rehabilitation in China, 2015. URL: <https://burntrauma.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41038-015-0019-3>
3. Lehnhardt M et al.: Verbrennungschirurgie. Springer Verlag, Heidelberg 2016: 287–305.
4. Rehabilitation of Hand Burn Injuries, 2018. URL: https://www.physio-pedia.com/Rehabilitation_of_Hand_Burn_Injuries
5. Sorkin M et al.: Scar Management of the Burned Hand. Hand Clin 2017.

Наталія ШЕСТОПАЛ

викладач кафедри фізичної терапії і ерготерапії, Національний
університет фізичного виховання і спорту України

РУХОВА АКТИВНІСТЬ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОРАНЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ З МОДЕЛЮВАННЯ СИТУАЦІЇ НА МОЖЛИВІСТЬ УТРИМУВАТИ ЗБРОЮ РІЗНОГО КАЛІБРУ

Вступ. Застосування сучасних видів озброєння призвели до великої кількості поранених за останній час військових подій в Україні. У порівнянні з пораненнями інших частин тіла, превалюють поранення кінцівок. Особливо це стосується ушкоджень верхньої кінцівки до 52 % [3]. Різну частоту травматизації спостерігають залежно від анатомічних ділянок кисті: пошкодження пальців – у 60,3 %, п'ястя – 26,5 %, зап'ястя – 6 %, що призводить до втрати значної частини функцій [4].

Пацієнти після поранення верхньої кінцівки значно обмежені в своїй повсякденній соціальній та побутовій активності. Тому відновлення рухів в руці у пацієнтів з травматичними пошкодженнями є одним з ключових умов

для самообслуговування, зокрема можливості військовослужбовців виконувати свої військові обов'язки [5].

Мета дослідження- обґрунтувати вплив рухової активності для військовослужбовців після поранення верхньої кінцівки з моделювання ситуації на можливість утримувати зброю різного калібру.

Методи дослідження: клінічні та інструментальні методи, теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової та науково-методичної літератури.

Результати дослідження. В дослідженні приймало участь 76 чоловіків віком від 18 до 52 років з діагнозом вогнепальне поранення верхньої кінцівки, які були розділені на дві групи: пацієнти основної групи (ОГ) $n=38$, які відновлювались за розробленим алгоритмом заходів фізичної терапії осіб після поранення верхньої кінцівки, що базується на сучасній моделі МКФ [1] та контрольної групи (КГ) $n=38$ - пацієнти, які пройшли комплекс реабілітаційних заходів за методикою медичного закладу.

Пацієнти, які приймали участь у дослідженні мали поліструктурні вогнепальні поранення верхньої кінцівки. Основою розробленого алгоритма були комплексні заходи фізичної терапії, спрямовані на покращення якості життя військовослужбовців та втрачених соціальних і професійних можливостей [2].

Особливу увагу приділяли руховій активності цілеспрямованих дій з моделювання ситуацій, значущих для професійної діяльності військовослужбовців, а саме на можливість утримувати зброю різного калібру: перекласти з одного місця на інше вагу 2 кг, утримання предмету двома руками вагою від 3 до 4,5 кг (вага автоматичної зброї), підняти рюкзак двома руками вагою 5 кг на рівень грудей, одягнути рюкзак вагою 5 кг (початкова вага бронежилета) тощо)[6].

Висновки. Курс фізичної терапії за розробленим алгоритмом заходів фізичної терапії осіб після поранення верхньої кінцівки, на основі моделі МКФ на різні аспекти якості життя військовослужбовців при порівняльному аналізі проведених досліджень, показав низку переваг і ефективності в основній групі

над стандартним підходом в контрольній групі. Особливо це проявилось при виконанні рухової активності з моделювання ситуації на можливість утримувати зброю різного калібру.

Список літератури

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: МКФ. МОЗ України, перекладач. Київ: МОЗ України; 2018. 256 с.

2. Герцик АМ. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації/фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату : монографія. Львів : ЛДУФК; 2018. 388 с.

3. Лоскутов ОЄ, Доманський АМ, Жердев П, Лушня СЛ. Особливості надання медичної допомоги хворим із вогнепальними пораненнями ліктьового суглоба. Ортопедия, травматология и протезирование. 2021;(1):5-8

4. Страфун СС, Курінний ІМ, Борзих НО, Цимбалюк ЯВ, Шипунов ВГ. Тактика хірургічного лікування поранених із вогнепальними травмами верхньої кінцівки в сучасних умовах. Вісник ортопедії, травматології та протезування. 2021;(2):10-7.

5. Dicipinigaitis PA, Koval KJ, Tejwani NC, Egol KA. Gunshot wounds to the extremities. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2006;64(3-4):139–55

6. Shestopal N, Kovelska A, Vasylenko Y, Kikh A. Specificity of using physical training of the patients after gunshot wounds of the upper limb. Zdravotnicke listy, Slovakia. 2022;10(2):54-60.

Shuper S. V.

*PhD., assistant professor of the Department of Physical Rehabilitation,
Ergotherapy and Pre-Medical Care, Yuriy Fedkovych
Chernivtsi National University*

Shuper V. O.

APPLICATION OF PHYSICAL TRAINING FOR REHABILITATION OF COMBATANTS AFTER RECEIVING TRAUMA

The relevance. The problem of rehabilitation of combatants is particularly urgent right now, as a result of full-scale military operations on the territory of Ukraine. Continuous combat operations have led to increase number of servicemen who received various injuries and need physical rehabilitation to speed up their recovery [1, p. 14; 2].

That is why the scientific and methodological substantiation of the system of physical rehabilitation of military personnel and civilians suffering from combat injuries is an urgent problem of great practical and scientific importance [6, p. 305]. The matter of classification of physical training means and methods of dosage of physical load during the rehabilitation of military personnel after injuries have the extreme importance because of the need for their long-term daily use to achieve the greatest possible recovery of the injured [3, p. 294; 4, p. 29].

The purpose of the work is to define and classify means and methods of physical rehabilitation to improve recovery of injured combatants.

The main part. It is known that physical exercises, which should be used for therapeutic purposes during rehabilitation, can be divided into gymnastic, ideomotor, sports-applied exercises, exercises to stimulate muscle contraction, dosed games, etc. [4, p. 2594].

Gymnastic exercises are specially selected combinations of movements natural to a person, divided into elements. By affecting individual muscle groups or joints with the help of gymnastic exercises, the overall coordination of movements, restore and develop such physical qualities as strength, speed of movements and agility.

Ideomotor exercises improve traffic of the locomotor apparatus and cause a reaction from the vegetative organs, strengthening the activity of the heart, breathing, and stimulating metabolism. These exercises should be used for rehabilitation after paralysis

and paresis, long-term immobilization, when the patient cannot actively perform motor exercises.

Exercises on simulators. The use of simulators allows smog to precisely dose the load and develop the necessary physical qualities: endurance, muscle strength, etc. It is advisable to use bike simulators (for legs and hands), rowing machines, treadmills to train the cardiovascular system, and various block simulators to develop the strength of different muscle groups.

Sports and applied exercises. From this group of exercises, it is more often recommended to use dosed walking, running, jumping, throwing and climbing, balance exercises, lifting and carrying weight, dosed rowing, skating, cycling, therapeutic swimming. Performance of sports and applied exercises contributes to the final recovery of the damaged organ and the body as a whole, instills confidence in the patients in their own strength.

Exercises to stimulate muscle contraction are advisable to use in cases of paralysis and paresis, when movements are not active or are sharply weakened. It is necessary to pay attention to the combination of impulse parcels with passive movements. This helps to improve the conduction of centripetal and centrifugal nerves.

Dosed games (on the spot, sedentary, mobile and sports) under medical supervision are recommended for the education of determination, perseverance, cleverness, dexterity, courage, discipline; they have a positive effect on all organs and systems. Physical load must correspond to the functional capabilities of patients, it cannot be reduced or exceeded: in the first case, it does not give the desired effect, in the second - it worsens the physical condition [3, p. 296].

During group physical rehabilitation, different methods of dosage of physical load are used: the choice of starting positions of the body, selection of physical exercises, determination of the duration of their performance, the number of exercises in a complex and repetitions of each exercise, the pace and amplitude of movements, the degree of effort and complexity of movements, the ratio of general development and breathing exercises, using the emotional factor [1, p. 16]. It is advisable to use

various forms of physical rehabilitation: morning hygienic gymnastics, therapeutic gymnastics, independent exercises, therapeutic dosed walking, dosed climbing, mass forms of health-improving physical culture, dosed swimming, rowing, running, etc.

Conclusions. Therefore, the use of means and forms of physical rehabilitation after severe injuries of combatants makes it possible to quickly and qualitatively restore the functional state of the body of servicemen, normalize their emotional and motivational indicators, achieve the optimal level of personal adaptation and professionally important qualities, which ensures their future military-professional efficiency and readiness to the successful completion of professional tasks as assigned.

References

1. Andrijchuk O., Graida N., Ulianytska N., [et al.]. Priority of motives for physical therapy among participants of military operations in Eastern Ukraine. *Physiother Quart.* 2021. № 29(4). P. 14–17.
2. Vorona P.V. Ways of social rehabilitation of participants of Ukrainian-Russian war in the East of Ukraine: international experience. *Bulletin of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine.* 2018. № 3. P. 55–62.
3. Pezzin L.E., [et al.] Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2017. № 81. P. 292 – 300.
4. Shestopal N., Balazh N., Kovelska A., [et al.]. Effect of rehabilitation program on the quality of life of people with forearm or hand gunshot wounds using physiotherapy methods. *Journal of Physical Education and Sport.* 2021. № 21 (5). P. 2591–2600.
5. Yudenko O., Krushinskaya N., Omelchuk O. Introduction of innovative fitness technologies in the programs of physical culture and sports rehabilitation of servicemen with the consequences of combat trauma. *Scientific journal National Pedagogical Dragomanov University.* 2021. № 3K (131). P. 445-451.

6. Wang Y., Liu L., Geng Y., Wang C., Li S. Formation of a Costs Model for Patient Rehabilitation. *Iran J War Public Health*. 2022. № 14 (3). P. 303-309.

РОЗДІЛ 3.
АКТУАЛЬНІСТЬ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ
РЕАБІЛІТАЦІЇ

Юрій ДІДО

аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

СІМТ-ТЕРАПІЯ (CONSTRAINT-INDUCED MOVEMENT THERAPY)
ЯК МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ
У ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ УСКЛАДНЕНОГО
НЕГЛЕКТОМ

Вступ. Однією з найбільш важливих причин втрати працездатності після інсульту є порушення функції руки, яке зустрічається у 70% пацієнтів, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК). При цьому, як правило, відновлення функції верхньої кінцівки відбувається в більш пізні терміни, нерідко залишаючись єдиною причиною непрацездатності хворого. Тільки у 20% хворих функція верхньої кінцівки відновлюється повністю [1, с.34]. Порушення можливості виконувати рухи верхньою кінцівкою, а особливо кистю, значно підвищує, рівень функціональної залежності хворого та знижує якість життя оточення пацієнта, і його самого [2, с.72]. З метою покращення рухової функції верхньої кінцівки фахівці широко практикують використання різних засобів фізичної терапії та ерготерапії [3, с.14].

Мета роботи – покращення відновлення рухової функції верхньої кінцівки після перенесеного ГПМК за ішемічним типом ускладненого неглектом шляхом застосування СІМТ- терапії.

Матеріали і методи. У дослідження були включені 58 пацієнтів (29 жінок та 29 чоловіків) з діагнозом ГПМК у правій гемісфері головного мозку за ішемічним типом ускладненим неглектом. Середній вік пацієнтів становив

68,62±10,06 років при значенні Me (25%; 75%) на рівні 69,5(61,75;77) років. Пацієнти були поділені методом рандомізованої вибірки на основну групу (ОГ) – 29 осіб та контрольну групу (КГ) – 29 осіб. З метою відновлення рухової функції верхньої кінцівки у пацієнтів обох груп ми застосовували СІМТ-терапію «рухову терапію вимушеним обмеженням», Taub et al., 1999 [4, с.242], яка полягала в тому, що здорова рука фіксувалась за допомогою спеціального пристосування до тулуба або одягалася спеціальна рукавиця так, щоб хворий не міг використовувати здорову руку. Тим самим, створювались умови, при яких вся увага хворого фіксувалась на паретичній руці. В цьому випадку мозок отримує необхідну кількість імпульсів для позитивних змін в рухових функціях ураженої кінцівки. Проводилось обмеження здорової кінцівки впродовж 6 годин активності. Наші заняття складались з маніпуляції різними предметами в побутовому середовищі, такими об'єктами були предмети гігієни (чищення зубів, вмивання, розчісування, гоління, приймання душу), самостійне одягання та приймання їжі. Також з пацієнтами виконували різні побутові завдання (відкривати двері, відкривати кран для води, вивішувати білизну за допомогою прищепок, нарізати продукти харчування та ін.). СІМТ – терапія проводилася 5 днів на тиждень 14 ±4,2 дні, а згодом у термін до трьох місяців 3 рази на тиждень. Оцінку ефективності відновлення рухової функції верхньої кінцівки при застосуванні СІМТ- терапії проводилося за шкалою обстеження після інсульту Фугл-Маєр (Fugl-Meyer physical performance assesment), тестування спастичності м'язів за шкалою Ашфорта (Ashworth scale).

Результати дослідження. В процесі відновлення рухової функції верхньої кінцівки усі показники спастичності за шкалою Ашворта достовірно змінилися з моменту першого обстеження. Враховуючи, що оцінка спастичності згиначів плеча, передпліччя та кисті при першому обстеженні склала 0 балів у всіх пацієнтів, то отримані середні значення при другому обстеженні одночасно відповідають приросту цих показників. Ще значимішою виявилася відмінність при порівнянні заключних результатів спастичності згиначів кисті. Показники Me(25%;75%) у КГ були більшими і склали 1(1;2)

бала, а у ОГ значення Me(25%;75%) становили 1(1;1) бал ($p<0,01$). Середнє значення КГ було більшим на 0,41 бала, що становить 45,6 % від заключного показника ОГ, табл. 1.

Таблиця 1

Заключні показники спастичності за шкалою Ашворта, $n=58$ ($M\pm m$)

Пункти		Групи	
		КГ($n=29$)	ОГ($n=29$)
Привідні м'язи плеча	Me(25%;75%)	1(1;2)	1(1;1) $p=0,05$
	$\bar{x}\pm S$	1,24 \pm 0,58	0,93 \pm 0,59
Згиначі плеча	Me(25%;75%)	1(1;2)	1(1;1)
	$\bar{x}\pm S$	1,28 \pm 0,53	1,00 \pm 0,65
Згиначі передпліччя	Me(25%;75%)	1(1;2)	1(1;1)*
	$\bar{x}\pm S$	1,24 \pm 0,58	0,93 \pm 0,53
Згиначі кисті	Me(25%;75%)	1(1;2)	1(1;1)**
	$\bar{x}\pm S$	1,31 \pm 0,60	0,90 \pm 0,56

Примітка. * – різниця між показником статистично значуща порівняно з контрольною групою $p<0,05$; ** – $p<0,01$.

Висновки. Застосування СІМТ-терапії в реабілітації пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт ускладнений неглектом, сприяє достовірному покращенню рухової функції верхньої кінцівки у осіб ОГ за рахунок відновлення моторного компоненту (проксимальна частина руки, кисть та променево-зап'ястковий суглоб, загальний бал верхньої кінцівки), відновленню проприоцептивної чутливості (плечовий суглоб, пальці кисті, великий палець кисті та загальної чутливості верхньої кінцівки), а також призводить до зменшення спастичності м'язів на користь пацієнтів ОГ, особливо у показниках спастичності згиначів кисті.

Список літератури

1. Зозуля І.С., Головченко Ю.І., Зозуля А.І., Онопрієнко О.П., Волосовець А.О. Основні принципи діагностики, формування діагнозу, лікування та профілактики мозкового інсульту //Український медичний часопис, 2015. № 5 (109). IX/X. С.34-38.

2. Дуло О.А., Дідо Ю.М. Визначення важкості неглекту як передумови побудови втручання фізичного терапевта // Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія, 2019. Вип. II. С. 72-76.
<https://doi.org/10.32652/spmed.2019.2.72-76>

3. [Suzanne J.](#), [Winston D.](#), [Byblow P.](#), [Alan Barber](#), [Hayley MacDonald](#), [Andrew McIntyre-Robinson](#), [Cathy M.](#) Primed Physical Therapy Enhances Recovery of Upper Limb Function in Chronic Stroke Patients // [Brain Stimulation](#), 2015. 8(2):362. P. 12-17.

4. [Taub, E.](#), [Uswatte, G.](#), [Pidikiti, R.](#) Constraint-Induced Movement Therapy: a new family of techniques with broad application to physical rehabilitation a clinical review // *J. Rehabil. Res. Dev.*, 1999. Jul;36(3):237-51. PMID: 10659807

Валерій ЖАМАРДІЙ

д. пед. н., доцент,
доцент кафедри фізичної та реабілітаційної медицини,
Полтавський державний медичний університет

Ангеліна КІШІНЕЦЬ

студентка 1 курсу спеціальності
«227 Фізична терапія, ерготерапія»

ЗАСТОСУВАННЯ ЕРГОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ АУТИЗМОМ

Аутизм – це порушення розвитку, поведінки, моторики, які впливають на мислення, сприйняття, комунікативні здібності, соціалізацію людини. **Ерготерапія для дітей із аутизмом** є один із найкращих методів реабілітації. Завдання батьків і фахівців полягає саме у розвитку самостійності таких дітей.

Етапи ерготерапевтичного втручання: діагностика, яка складається зі збору анамнезу і проведення обстежень; визначення цілей і завдань ерготерапії;

складання індивідуальної програми ерготерапії із врахуванням умінь, навичок, інтересів, здібностей дитини, її віку і статі; впровадження програми ерготерапії в реабілітаційний процес; оцінка ефективності проведеного ерготерапевтичного втручання [1].

Для оцінки ефективності ерготерапії на початку і наприкінці занять потрібно проводити діагностику рівня розвитку дрібної моторики і когнітивних функцій за допомогою методик: «мозаїка», «трафарети», «чарівна скринька», «кубики», «прищіпки», «шнурки», «пазли», «професії» [2].

Ерготерапевти з аутизму працюють із такими методами, як сенсорна інтеграція. Вона має дуже важливе значення в розвитку таких дітей, тому що вони часто мають проблеми сенсорного характеру, зокрема реакцію на дотики, звуки, тканини, одяг, світло, а також складнощі з прийомом їжі. Крім того, сенсорна інтеграція застосовується для запобігання негативних емоцій, гніву, розслаблення та зняття стресу [3].

Ерготерапія в реабілітації дітей з аутизмом базується на тому, що виконуючи вправи, які безпосередньо пов'язані з соціально-побутовими навичками, діти відновлюють або вдосконалюють уміння і навички, що дозволить їм досягти максимально високого рівня незалежності та самостійності в житті.

Список літератури

1. Козій Т. П., Велюш Д. Ю. (2017). Ерготерапія як складова комплексної реабілітації при аутизмі та її ефективність. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. С. 22–28.

2. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: підручник. Л. О. Вакуленко [та ін.]; за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. Тернопіль, 2018. 371 с.

3. Таран І., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. *Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації: матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф.* Херсон, 2016. 292–298.

Валерій ЖАМАРДІЙ

д. пед. н., доцент,
доцент кафедри фізичної та реабілітаційної медицини,
Полтавський державний медичний університет

Наталія РОСТОВЦЕВА

студентка 1 курсу спеціальності
«227 Фізична терапія, ерготерапія»

АКТУАЛЬНІСТЬ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

На даному етапі в Україні питання фізичної реабілітації є актуальними, оскільки різні захворювання і травми органів і систем організму є соціально значущою проблемою. Особливо в даний, на жаль, військовий час необхідність кваліфікованих спеціалістів зростає. У наш час фізична терапія, ерготерапія виходить на новий рівень розвитку, який полягає у вдосконаленні існуючих методів терапії та введення сучасних, прогресивних реабілітаційних заходів.

Ерготерапія розроблена, щоб пробудити в пацієнтах бажання вчитися чомусь новому, спілкуватися на рівних зі своїм оточенням, розважатися і навіть піклуватися про інших. Повсякденна діяльність включає в себе самообслуговування, трудову діяльність, дозвілля і пов'язані з цим міжособистісні відносини. Кінцева мета ерготерапії – не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичного життя здорової людини, допомогти стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті [3].

Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації (абілітація – система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування) [2].

У межах компенсаторної стратегії ерготерапія людей похилого віку передбачала побудову нових механізмів і навичок для досягнення цілей шляхом сприяння адаптації людей до навколишнього середовища. Серед ерготерапевтичних стратегій застосовували розвиваючу, з відновленням функції і компенсаторну – з відшкодуванням втраченої функції [1].

У своїй практиці з людьми ерготерапевти приділяють увагу кільком основним сферам. Ерготерапевти зосереджуються головним чином на самостійності, визначенні допоміжних засобів для компенсації, реабілітації та використання сучасних технологій, моториці та функціях верхніх кінцівок, когнітивно-поведінковій терапії.

У всіх вищезгаданих сферах процес ерготерапії починається з обстеження та визначення функціонального рівня. Тоді ерготерапевт разом із іншими членами міждисциплінарної команди (лікар, ерготерапевт, фізичний терапевт, психолог, логопед, спеціальний педагог, медсестра, біомедичний інженер) визначають короткотермінові та довготермінові завдання ерготерапії задля досягнення поставленої мети [4].

Завдання ерготерапії не просто відновити втрачені рухові функції, а й заново адаптувати людину до нормального життя, допомогти їй досягти максимальної самостійності і незалежності в побуті. Ерготерапія – це не просто спеціальна лікувальна гімнастика, що спрямована на тренування дрібної моторики і координації, вона включає в себе знання з декількох спеціальностей – психології, педагогіки, соціології, біомеханіки і фізичної терапії. За допомогою ерготерапії покращуються не тільки рухові, а й когнітивні та емоційні можливості [2].

Ерготерапія є важливою складовою реабілітаційного процесу, яка направлена на підвищення якості життя людей та відновлення або покращення їх активності та участі в усіх сферах суспільного життя.

Список літератури

1. Майкова Т.В., Афанасьєв С.Н., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро, 2018. 328 с.

2. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: підручник. Л. О. Вакуленко [та ін.]; за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. Тернопіль, 2018. 371 с.

3. Таран І., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи. *Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації: матеріали VI Всеукр. наук.- метод. конф.* Херсон, 2016. 292–298.

4. Швесткова Ольга, Свєцена Катержина та кол. Ерготерапія: підручник. Київ, Чеський центр у Києві, 2019. 280 с.

Наталія ЗАКАЛЯК

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я,

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Олександр ГЕРАСИМЕНКО

к.н.фіз.вих., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я,

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Юлія КЛЮЧНИК

студентка 3 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ТА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРОГРАМІ НЕВРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Основними методами і засобами фізичної реабілітації при захворюваннях і травмах нервової системи у реабілітаційних програмах санаторного етапу відновлення є фізична терапія, масаж, фізіотерапевтичні процедури,

ерготерапія, психотерапія на тлі медикаментозної терапії [3]. У межах індивідуальних реабілітаційних програм зазначені втручання групуються в лікувально-відновлювальні комплекси, диференційовані відповідно до різних клінічних синдромів. Необхідно відзначити, що ефективність реабілітаційних втручань визначається активним включенням хворого в реабілітаційний процес. Така участь хворого вимагає адекватної оцінки свого стану, створення реабілітаційної перспективи, усунення емоційної напруги.

Фізична терапія, основним засобом якої є фізична вправа, вважається однією з головних складових комплексу відновлювальних заходів на санаторному етапі реабілітації [1]. Руховий апарат відіграє провідну роль у нервовій і гуморальній регуляції діяльності кардіореспіраторної системи та інших життєво-важливих процесів живого організму. У фізичній терапії основним фактором є не рух взагалі, а його організована форма у вигляді спланованих фізичних вправ, які виконуються систематично і спрямовані на реалізацію специфічних завдань. Такі фізичні вправи спеціальної рухової активності мають назву «терапевтичні» [5]. Цілеспрямований вплив на моторний апарат шляхом систематичного тренування різних його відділів сприяє розвитку і стимуляції процесів адаптації і компенсації, що визначає зміст фізичної реабілітації.

Існують різні класифікації терапевтичних вправ, але у фізичній терапії використовують класифікацію, яка ґрунтується на функціональному призначенні терапевтичних вправ. Серед терапевтичних вправ, які позитивно впливають на функціонування фізіологічних систем організму, виокремлюють такі: дихальні, релаксаційні, ідеомоторні, спеціальні (спрямовані на досягнення специфічного завдання і формування/відновлення рухової функції – рухових навичок побутового чи професійного характеру), вправи на розтягнення [5]. При застосуванні терапевтичних вправ слід дотримуватися принципу етапності реабілітації з дотриманням поступовості в нарощуванні інтенсивності фізичного навантаження відповідно до клінічного стану хворого і ступеня функціональної компенсації [1].

Форми фізичної терапії при рухових порушеннях об'єднуються в два основні комплекси: відновлювальний і компенсаторний. Перший включає послідовне тренування окремих компонентів рухового акту до відновлення складних рухових навичок; другий - всі вправи відновного комплексу, спрямовані на посилення збережених рухових функцій і раціональне заміщення повністю втрачених.

Ефективність лікувального впливу терапевтичних вправ істотно підвищується при їх поєднанні з ерготерапією. Заняттєва активність, яка хворому цікава, має сенс для нього, підвищує емоційний тонус хворого, мобілізує вольові якості, привчає до концентрації уваги, розвиває компенсаторні можливості, сприяє залученню хворого до активної участі у відновлювальних заходах [4]. Ерготерапія рекомендована неврологічним хворим, особливо при наявності дефекту рухових функцій кінцівок.

Ерготерапевтичні втручання підбираються на підставі оцінки загального функціонального стану хворого, характеру наявного дефекту, з урахуванням колишньої професії, інтересів і нахилів хворого до освоєння того чи іншого трудового процесу, а також прогнозу відновлення [2]. Найбільш складною і трудомісткою є система ерготерапії для хворих з церебральними і спінальними руховими порушеннями (після інсульту, травми, інфекції, а також після хірургічного втручання на головному і спинному мозку). Перед призначенням конкретних форм ерготерапії визначається ступінь парезу і соціально-побутової активності хворого, і потім формуються завдання ерготерапії. В основу тесту соціально-побутової активності покладено тест активності у повсякденному житті (ADL) [4]. Отримані на санаторному етапі побутові навички хворий закріплює в домашніх умовах з поступовим підвищенням рівня домашніх тренувань.

У зв'язку з вищевикладеним актуальними є дослідження із застосування немедикаментозних методів корекції порушень рухової функції у хворих з порушеннями діяльності нервової системи, зумовлених захворюваннями чи травмами, на санаторному етапі реабілітації.

Список літератури

1. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: навч. посіб. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 567с.
2. Ерготерапія і життєдіяльність. 2013. URL: <http://www.ergoterapia.wordpress.com/2013/01/30/ерготерапія-і-життєдіяльність>.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник. К.: Олімпійська література, 2009. 488с.
4. Майнова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро: Журфонд, 2019. 374 с.
5. Терапевтичні вправи: навч. посіб. / Ольга Єжова, Катерина Тимрук-Скоропад, Любов Ціж, Оксана Ситник. Житомир: ПП «Євро-Волинь». 2021. С. 11, 32-33.

Наталія ЗАКАЛЯК

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я,

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Олег МАСНИЙ

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я,

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Софія ІВАНЕЦЬ

студентка 2 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ МЕНЕДЖМЕНТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАВМОЮ СПИННОГО МОЗКУ

Актуальною проблемою галузі охорони здоров'я є глобальна поширеність ураження спинного мозку внаслідок спінальної травми. Згідно з офіційними

статистичними даними, у 2020 році в нейрохірургічні заклади України госпіталізовано 2500 пацієнтів з гострою спінальною травмою, загальна летальність серед яких становила 2,7% [1]. Сьогодні спостерігається тенденція до зростання цих показників, позаяк багато військових в Україні отримують травму спинного мозку під час бойових дій. Саме тому проблема реабілітації осіб з наслідками спінальної травми потребує максимального обговорення та пошуку шляхів її вирішення.

Реабілітація при травмі спинного мозку є складним і тривалим процесом, що вимагає мультидисциплінарного підходу. Функціональна, цілеспрямована, міждисциплінарна реабілітаційна програма повинна дозволити людині з ушкодженням спинного мозку жити максимально повноцінним і незалежним життям. Роль ерготерапевта у міждисциплінарній команді важко переоцінити. Ерготерапевт — це фахівець, який володіє терапевтичними підходами, що дають змогу використовувати здатність пацієнта виконувати рутинні завдання та дії, як інструмент реабілітації чи терапії після травми [2].

Першим етапом реабілітаційного менеджменту є комплексне обстеження пацієнта. Ерготерапевт зустрічається з пацієнтом для з'ясування його стану, проводить загальне дослідження/спостереження і специфічне діагностичне тестування для формулювання реабілітаційного діагнозу та обговорення плану ерготерапевтичного втручання. На цьому етапі він документує результати досліджень і тестувань для подальшого використання цієї інформації в процесі контролю за результативністю реабілітації [3].

При обстеженні пацієнта ерготерапевт використовує ряд тестів і шкал, зокрема тести SCIM (Spinal Cord Independence Measure) або FIM. Тест SCIM оцінює самообслуговування (харчування, гігієну, приймання ванни\душу, одягання), дихання та контроль сфінктера ануса, здатність пацієнта пересуватися (ліжка) та переміщуватися (приміщення/вулиця). Показник функціональної незалежності (FIM) - це інструмент, який оцінює незалежність у самообслуговуванні, контроль сфінктера, переміщення, пересування, спілкування та соціалізацію [2].

Подібно до фізичної терапії, ерготерапія може використовувати специфічні для завдання вправи, які часто повторюються, щоб відновити рухливість. Проте, на відміну від фізичної терапії, ерготерапія використовує більш цілісний підхід, обираючи практичні методи та вправи, що ґрунтуються на заняттєвій діяльності, покликаних покращити здатність людини брати участь у повсякденному житті. Ерготерапевти працюють з пацієнтами над видами діяльності, які «займають» їхній час, і допомагають їм якомога повніше брати участь у цих заняттєвих активностях. Це передбачає вивчення того, які повсякденні дії є найважливішими для пацієнтів, і пошук способу збільшити їхню участь у цих заняттях. Ерготерапія застосовує як відновлювальні, так і компенсаторні стратегії для оптимізації незалежності та мінімізації ускладнень після травми спинного мозку [4].

Реабілітаційні стратегії в ерготерапії зосереджені на відновленні рухових функцій, порушених травматичним ушкодженням спинного мозку. Навіть за наявності ушкодження спинного мозку рухові та сенсорні функції можна розвивати заново завдяки такому феномену центральної нервової системи як «нейропластичність». Проте, лише неушкоджені нейронні шляхи здатні до нейропластичності, тому особи з більш серйозними або повними травмами спинного мозку можуть мати обмежене функціональне відновлення. У таких випадках ерготерапевт повинен проявити свої творчі здібності в пошуку компенсаторних стратегій, спрямованих на нові способи виконання повсякденних активностей. Це може включати зміну навколишнього середовища, адаптацію діяльності або навчання пацієнта оволодінню компенсаторними техніками і обладнанням [2].

Отже, ерготерапевт використовує повсякденну або професійну діяльність як засіб для відновлення сили м'язів, діапазону рухів або іншим чином покращує загальну здатність пацієнта виконувати повсякденні завдання звичного способу життя.

Список літератури

1. Державна установа Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України. Статистичні дані. URL: <https://neuro.kiev.ua/uk/for-professionals-uk/statistics-uk/>
2. Майнова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: підручник. Дніпро: Журфонд, 2019. 374 с.
3. Терапевтичні вправи: навч. посіб. / Ольга Єжова, Катерина Тимрук-Скоропад, Любов Ціж, Оксана Ситник. Житомир: ПП «Євро-Волинь». 2021. С. 11, 32-33.
4. Ramesh Kumar, Jaims Lim, Rania A. Mekary, Abbas Rattani, Michael C. Dewan, Salman Y. Sharif, Enrique Osorio-Fonseca, Kee B. Park. Traumatic Spinal Injury: Global Epidemiology and Worldwide Volume. *World Neurosurgery*. Volume 113, May 2018, Pages e345-e363. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878875018303036?via%3Dihub#preview-section-abstract>

Наталія ЗАКАЛЯК

к.мед.н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я,

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Зоряна ЧАЙКОВСЬКА

студентка 2 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ ЕРГОТЕРАПІЇ

Створення систематизованої бази для теорії та практики в сфері ерготерапії є неможливим без знання історії її розвитку як професії. Важливо знати історичний розвиток ерготерапії ще й тому, щоб могли розглядати професію ерготерапевта через призму соціальної перспективи часу [1].

Перегляд історії професії дає зрозуміти напружені моменти, які ерготерапевти повинні пояснити, а також поділитися своїм унікальним поглядом щодо своїх клієнтів з іншими професіоналами. Історія ерготерапії дає уявлення про те, як вирішити нові клінічні виклики та дати можливість професії еволюціонувати [2].

Аналізуючи історичні етапи розвитку ерготерапії, дослідники звертають увагу на те, що в минулому столітті відбулися серйозні зміни в ерготерапії. На початку ХХ століття вона базувалася на цілісному підході до людини, на основі “морального поводження” (moral treatment), яке склалося в психіатрії та зосереджувалося на щоденних заняттях. Акцент робиться на гуманному підході до людей, у яких рівність відіграє головну роль, і його було визнано центральним філософським підґрунтям для ерготерапії (E. Duncan, 2020).

У тридцяті роки минулого століття ерготерапія потрапила під вплив медичного мислення і підхід «здорового стану духу» вже не приймався, а від ерготерапії вимагали “наукового обґрунтування”. Протягом 1940-1960 років в ерготерапії набув популярності “редукціоністський погляд”, який після другої світової війни трансформувався в так звану “біомедичну модель”. Ерготерапія почала розробляти методи лікування, засновані на редукціоністських принципах: біомеханічному (кінезіологічному, ортопедичному, неврологічному) та психоаналітичному підходах. У цей період все менше наголошувалося на використанні різних видів діяльності: панували наука, технології і ерготерапевти приділяли мало уваги вивченню діяльності як терапевтичного засобу. Діяльність була адаптована таким чином, що її можна було використовувати в рамках біомеханічних теорій відновлення функції м'язів і суглобів. “Редукціоністське мислення” призвело до використання широкого спектру вправ та графіків тренувань, спрямованих на поліпшення сенсорних рухових функцій. Як результат, професія втратила свою більш феноменологічну спрямованість і вступила в кризу приблизно в 1970 р. Усе більше ерготерапевтів почали усвідомлювати, що втрачають з виду коріння професії та першопричину її народження, тобто важливість заняттєвої

діяльності для здоров'я. Починаючи з 80-х років, багато що змінилося в ерготерапії, люди починають думати набагато раціональніше, розуміючи, що терапія повинна базуватися на доказах, а не на тому, в що вони інтуїтивно вірять. Kielhofner (1985) виступає із закликом залишити “редукціоністську модель” (бачити людину як машину, яку можна відремонтувати) і знову дивитись на людину як на біопсихосоціальну одиницю. Він розглядає людину як відкриту систему у взаємодії зі своїм оточенням і заявляє, що мова йде не стільки про діяльність людини, скільки про ролі та завдання які вона виконує у житті. Діяльність стає значущою для людей, коли вони пов'язані з ролями та завданнями [3].

В останні десятиліття в ерготерапії спостерігається поживлення значення повсякденної діяльності (терапії, заснованої на заняттях), в якій основним акцентом є історія, суб'єктивний досвід клієнта про його щоденну діяльність. Люди почали розуміти обмеження редукціонізму, який не відповідає на питання, наприклад, як люди можуть адаптуватися до абсолютно нових умов життя. Люди знову почали замислюватися про цінності та норми професії, і цей процес все ще триває. На даний момент можна справедливо стверджувати, що професія пройшла багато фаз професіоналізації [2, 4].

Список літератури

1. Закаляк Н. Р., Герасименко О. С. Історичні віхи та концепції парадигми ерготерапії – ключ до розуміння професії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наукових праць / За ред.О. В. Тимошенка. Київ: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2021. Випуск 6К(135) 21. С. 93 – 97.

2. Edward A.S. Duncan. Foundations for Practice in Occupational Therapy. London: Elsevier. 2020. 217 p.

3. Kielhofner, G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. F.A. Davis Company. 2007.

4. Pizzi, A., Richards, L. Promoting Health, Well-Being and Quality of Life in Occupational Therapy: A Commitment to a Paradigm Shift for the Next 100 years. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2017, July/August. № 71(4).

Світлана СТУПНИЦЬКА

к.н. фіз.вих. с., доцент

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Львівський державний університет фізичної культури

імені Івана Боберського

СКЛАДОВІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Актуальність. Перинатальні ураження центральної нервової системи, які складають більше 60% всієї патології нервової системи новонароджених дітей, пов'язані з впливом негативних ушкоджуючих чинників, котрі впливають на центральну нервову систему в антенатальному, інтранатальному та ранньому постнатальному періодах і є актуальною проблемою в педіатрії та дитячій неврології, що обумовлено їх значним поширенням, варіабельними формами, наявністю пролонгованих синдромів із слабо вираженим регресом, а також необхідністю проведення адекватної терапії [1, ст. 5, 104]. Гіпоксичний чинник, котрий є одним з провідних чинників, що пошкоджують мозок плода й новонародженої дитини, відноситься до однієї з основних причин перинатальної патології нервової системи. Проведення ранніх адекватних терапевтичних дій може призвести до майже повного регресу неврологічних симптомів, внаслідок високої пластичності мозку новонародженої дитини і високого рівня церебрального метаболізму [1, ст. 83].

Мета. Проаналізувати літературні джерела та застосувати власний практичний досвід для систематизації і впорядкуванню підходів до фізичної терапії при перинатальних ураженнях ЦНС.

Нами розроблено та сформовано етапи реабілітаційного менеджменту перинатальних уражень ЦНС немовлят та дітей раннього віку [2, 3].

Етапи реабілітаційного менеджменту перинатальних уражень ЦНС немовлят та дітей раннього віку здійснюються фахівцями з реабілітації, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди/самостійно, у відповідних закладах, на первинному - третинному рівнях медичної допомоги у відповідності до реабілітаційних періодів і полягають у проведенні первинного реабілітаційного обстеження (оцінювання), з метою оцінки стану пацієнта та визначення рухових та функціональних порушень (реабілітаційний діагноз, визначення проблем); встановлення мети та завдань реабілітації, призначення, планування ФТ (постановка цілей ФТ, підбір засобів і методики їх виконання, складання індивідуальної програми з фізичної терапії); втручання (реалізацію програми терапії фахівцями з реабілітації), проведення заключного реабілітаційного обстеження з оцінкою результативності фізичної терапії. Етапи (цикли) можуть повторюватися (цілі можуть змінюватися). Лікуючий лікар або лікар ФР визначає доцільність призначення фізичної реабілітації. Наступним етапом є підписання інформованої згоди законним представником дитини. Далі слідує реабілітаційне обстеження (оцінювання) із застосуванням шкал, розробленої документації (анкети та картки обстежень) із заповненням документації МКФ (лист оцінювання, категорійний профіль). Впродовж цього етапу відбувається визначення функціональних порушень та обмежень, здійснюється прогнозування результату реабілітаційного втручання, встановлюється реабілітаційний діагноз, формуються мета та завдання фізичної терапії, спільно з батьками дитини. Після цього, розробляється індивідуальний реабілітаційний план мультидисциплінарною командою (з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, реабілітаційного періоду, визначення реабілітаційного прогнозу та місця (місць) проведення, загальної мети, завдань

реабілітації, термінів їх досягнення, необхідних реабілітаційних заходів, кількісних потреб у фахівцях з реабілітації, у реабілітаційному обладнанні, очікувань, запитів представників дитини, яка потребує реабілітації. Наступний етап - розподіл між членами мультидисциплінарної команди згідно таблиці втручання. На етапі втручання реалізується створена індивідуальна програма фізичної терапії з оцінюванням результату/аналіз із заповненням категорійного профілю МКФ після закінчення реабілітаційного циклу [2; 3; 4, с. 23-24; 5].

Завдяки розробленому реабілітаційному менеджменту перинатальних уражень ЦНС немовлят та дітей раннього віку з'явилася можливість систематизувати загальноприйняті підходи до фізичної терапії, що слугуватиме якісному реабілітаційному обстеженню та фізичній терапії та запобіганню розвитку та прогресуванню ускладнень, збільшенню функціональних можливостей дітей та їх участі.

Список літератури

1. Перинатальні неврологічні синдроми: сучасні аспекти діагностики і лікування : навч. посіб. / [О. А. Козьолкін, Л. О. Шевченко, В. І. Боброва та ін.]. Київ, 2020. 116 с.

2. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. *Міністерство охорони здоров'я України* : [сайт]. URL: <http://moz.gov.ua/mkf>.

3. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 3 груд. 2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.

4. Ступницька С. А. МКФ та етапи реабілітаційного менеджменту перинатальних уражень центральної нервової системи немовлят та дітей раннього віку. *Мультидисциплінарний підхід до реабілітації – реалії та перспективи* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Івано-Франківськ, 1–2 груд. 2022 р.). Івано-Франківськ, 2022. 26 с.

5. Ступницька С. А. Реабілітаційний менеджмент перинатальних уражень центральної нервової системи немовлят та дітей раннього віку. *Молода спортивна наука України*. 2022. Т. 3. С. 54–55.

Світлана СТУПНИЦЬКА

к. н. фіз. вих. с., доцент

Львівський державний університет фізичної культури

імені Івана Боберського

Христина Процик

Студенка ФПЗО-ФТ Львівського державного університету

фізичної культури імені Івана Боберського

РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Актуальність. Проблема аутизму та аутистичних розладів для українського і світового суспільства не є новою. Питання аутизму почало досліджуватись ще у 1867 році, коли Г. Моцлі вперше описав цей розлад. Питання фізичної терапії та ерготерапії дітей із розладами аутистичного спектру набуває все більшого розголосу, оскільки щорічно зростає їх кількість [1, с. 3].

У 2018 році в США, за даними The Autism and Developmental Моніторинг інвалідності (ADDM), найбільшого поширення розладів аутистичного спектру спостерігалось в дітей до 8 років – 14,7 % на 1000 дітей [3, с.1].

В Україні в період 2008 – 2013 рік, за даними МОЗ, захворюваність на розлади аутистичного спектру зросла в 3,8 рази (від 2,4 до 9,1 на 100 тис. дітей) [3, с. 1; 4, с.1]. На даний момент в Україні відсутні актуальні дані щодо кількості дітей із РАС.

На сьогоднішній день питання фізичної терапії та ерготерапії при роботі з дітьми із розладами аутистичного спектру набувають все більшого поширення. Особливу увагу слід приділити розробці індивідуальної програми із фізичної терапії та ерготерапії відповідно до фізичних та освітніх потреб дитини.

Мета – проаналізувати літературні джерела щодо місця та ефективності фізичної терапії та ерготерапії в реабілітації дітей дошкільного віку із розладами аутистичного спектру.

У теперішній час у світовій практиці розроблено багато ефективних методик фізичної реабілітації та ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектру. Серед них – методи модифікації поведінки АВА, Floortime, техніки TEACCH, PECS, методи розвитку мовлення, корекції моторики, сенсорної інтеграції тощо. Широке визнання в Європі та США отримали комплексні програми ранньої реабілітації дітей з порушеннями аутистичного спектру [2, с. 2]. Вони всі націлені на досягнення подібних цілей – навчання дітей навичкам взаємодії з навколишнім середовищем [2, с. 2; 6, с. 5].

Фізична терапія та ерготерапія може стати для дитини відмінною можливістю для практики соціальних навичок. Правильно спланована програма фізичної терапії та ерготерапії здатна створити цікавий і безпечний, з точки зору дитини із РАС, простір, в якому можна взаємодіяти з іншими людьми – фізичним терапевтом, батьками, дітьми.

Основними методами застосування фізичної терапії та ерготерапії, що необхідні для роботи із дітьми з розладами аутистичного спектру, за даними ряду авторів, є гімнастичні вправи, дихальна гімнастика, плавання, масаж (загально-оздоровчий), фізіотерапевтичні процедури, загартування силами природи, активний відпочинок, рухливі ігри, плавання, біг підтюпцем, їзда на велосипеді, силові тренування, ходьба та іпотерапія.

Для дітей з РАС розроблені різноманітні вправи для зменшення специфічних аутистичних порушень, таких як проблемна поведінка, стереотипна поведінка та неухважність, а також для покращення академічної успішності, соціальної взаємодії, стосунків з однолітками та перцептивних навичок [5, с. 46-57].

Мета-аналіз 16 досліджень показав, що в середньому фізичні вправи призвели до 37% покращення загальної симптоматики аутистичного спектру, зокрема, поведінкових покращень [5, с. 46-57]. З точки зору поведінкових

навичок дітей з РАС, інтенсивні вправи, такі як біг підтюпцем, катання на роликівих ковзанах, гідротерапія та ігри, використовувалися для зменшення частоти стереотипної поведінки, агресивної поведінки або самопошкодження та гіперактивність.

Метою фізичної терапії та ерготерапії дітей із розладами аутистичного спектру є покращення стану здоров'я, нормалізація емоційно-вольової сфери, корекція порушень фізичного розвитку та профілактика вторинних порушень.

Створення програми фізичної терапії та ерготерапії передбачає правильний підбір вправ з фізичним навантаженням, залежно від функціональних можливостей, рівня рухових навичок та інтелектуального рівня дитини з РАС. Програма фізичної терапії та ерготерапії повинна містити різні методи корекції, а також має нести індивідуальний характер, враховуючи стан здоров'я, фізичного розвитку та складність порушень.

Однією із важливих складових реабілітаційного процесу дітей з розладом артистичного спектру є залучення батьків, які є найважливішими партнерами для забезпечення комплексного підходу до розвитку дитини з РАС.

Список літератури

1. Давоян Є. Е. Індивідуальний розвиток обдарованості у дітей з аутизмом: наук. Роб. : к. 2014-65.
2. Методики та форми допомоги дітям із розладами спектру аутизму Катоній О. М. [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Tvo_2015_2\(1\)_46.pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Tvo_2015_2(1)_46.pdf)
3. Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру Темерівська Т.Г., Ворнічеса Т.В. Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/3.3/44.pdf>
4. Час обирати здоров'я <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/inshi-neinfekciyni-zakhvoryuvannya/autizm>
5. Sowa M, Meulenbroek R. Effects of physical exercise on autism spectrum disorders: a meta-analysis. Res Autism Spect Dis. 2012;6:46–57

6. Ярмак Є. О. Фізична терапія з елементами ерготерапії дітей з розладом аутистичного спектру наук. Роб. : С. 2020-72.

Оксана ФІГУРА

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

Олена ЛОЗИНСЬКА

студентка I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

МІСЦЕ ЕРГОТЕРАПІЇ В СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ерготерапія – це комплекс методів, що спрямовані на допомогу пацієнту в повсякденному житті й сприяють розвитку, відновленню й підтримці побутових та життєвих навичок. Термін «ерготерапія» походить від латинського *ergon* – праця, заняття, і грецького *therapia* – лікування. Таким чином, ерготерапія – це зцілення через діяльність [2].

Ерготерапія надає практичну підтримку для розширення можливостей людини сприяти одужанню та долати бар'єри, що заважають їй виконувати важливі для неї види діяльності (або професії). Ця підтримка підвищує незалежність та задоволеність людини у всіх аспектах життя. Ерготерапія описує все, що людина робить, щоб піклуватися про себе та інших [5].

Основні принципи ерготерапії були описані в 1919 році Джорджем Дантоном в книзі «Відновлювальна терапія» і до сьогодні є своєрідним кредо ерготерапії [4]:

- діяльність для людини так само необхідна як їжа і питво;
- у кожної людини має бути як розумова, так і фізична діяльність;

- діяльність повинна мати для пацієнта сенс та викликати в процесі її виконання позитивні емоції;

- люди, що хворі розумом, тілом та душею можуть бути зцілені за допомогою діяльності.

Цілями ерготерапії є:

- Виявити наявні порушення, відновити або розвинути функціональні можливості людини, які необхідні їй в повсякденному житті (активності);

- Допомогти людині з обмеженнями життєдіяльності стати максимально незалежною в повсякденному житті шляхом відновлення (розвитку) втрачених функцій, використання спеціальних пристосувань, а також адаптації навколишнього середовища;

- Створити оптимальні умови для розвитку і самореалізації людини з обмеженими функціональними можливостями через її «зайнятість» в різних сферах життєдіяльності і, в кінцевому рахунку, поліпшити якість її життя [2,3].

До основних підходів в ерготерапії відносять:

- Пацієнту має надаватися висококваліфікована допомога, яка спрямована на поліпшення якості його життя.

- Найбільш важливі ресурси ерготерапії сам пацієнт або батьки, якщо пацієнт – дитина. Пацієнт, спільно з ерготерапевтом, ставить довгострокові і короткострокові цілі втручання. Їх спільне завдання – допомогти розкрити і використовувати власний потенціал пацієнта і його бажання досягти поставленої мети.

- Ерготерапевт є членом мультидисциплінарної команди. Тільки у спільній роботі мультидисциплінарної команди і пацієнта і / або його близьких можна досягти позитивних результатів.

- Пацієнта слід розглядати в контексті навколишнього середовища у всьому її різноманітті від фізичних, до економічних і кліматичних факторів, з урахуванням їх взаємного впливу і за умови їх активного і постійного взаємодії.

- Взаємовідносини ерготерапевта і пацієнта повинні характеризуватися як відкрите, засноване на взаємній довірі партнерство [4].

Ерготерапевти працюють з дорослими та дітьми різного віку з широким спектром умов; найчастіше тими, хто відчуває труднощі через психічну хворобу, фізичні або навчальні вади. Вони працюють у різних закладах, включаючи організації охорони здоров'я, служби соціальної допомоги, житло, освіту, волонтерські організації або як незалежні практики [5].

У 2017 році МОЗ України підписало Меморандум про співпрацю зі Всесвітньою федерацією ерготерапевтів (WFOT). На початку 2017 року до класифікатора професій введено нову спеціальність: ерготерапевт, розроблено її кваліфікаційну характеристику.

Наразі в Україні створено Українське товариство ерготерапевтів, яке лише з січня 2021 року є повноправним членом WFOT. Члени товариства сприяють розвитку професії «ерготерапія» в Україні як доказової та науково обґрунтованої професії. Вони також сприяють об'єднанню зусиль реабілітологів, дефектологів і психологів, науковців, педагогів, соціальних працівників, ЗМІ, населення в цілому в удосконаленні системи комплексної реабілітації осіб із захворюваннями, вродженими вадами розвитку, травмами та їх наслідками, обмеженням можливості щоденного функціонування та соціальної інтеграції особи, сприяють обміну інформацією та покращують якість реабілітаційної допомоги таким особам для якнайшвидшого повернення до повноцінного функціонування та життя в суспільстві.

Отже, ерготерапія – це частина загальної реабілітації пацієнта, адже перші кроки до відновлення або підтримки життєво важливих функцій саме розпочинаються з елементарних вправ (підняти ложку, зігнути руки), які виконує ерготерапевт; це завжди складна праця, яка приносить плоди, якщо вона була зроблена пацієнтом та ерготерапевтом разом.

Список літератури

1. Ерготерапевтичний процес. Оцінювання та обстеження ерготерапевта: презентація / уклад. С. Г. Пузік. – Електрон. дан. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. – 95 слайдів.
2. Майкова Т.В., Афанасьєв С.М., Афанасьєва О.С. Ерготерапія: Підручник. – МОН України, Придніпр. держ. акад. фіз. культури і спорту. – Дніпро : Журфонд, 2019. –374 с.
3. Майкова Т.В., Афанасьєва О.С. Основи ерготерапії: Підручник. – МОН України, Придніпр. держ. акад. фіз. культури і спорту. – Дніпро : Журфонд, 2021. - 364 с.
4. Фізична терапія і ерготерапія як нові спеціальності для Республіки Таджикистан: методичний посібник / Е.В. Клочкова, С.Б. Мальцев – Душанбе, 2010. – С. 20 – 30.
5. Sima, L., Thomas, Y., & D., L. Occupational disruption and Natural disaster: Finding a "New Normal" in a changed context. *Journal of Occupational Science*, 2017. 24(2), P.128-139. doi:DOI: 10.1080/14427591.2017.1306790

Оксана ФІГУРА

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

Ігор ЛУЧИНСЬКИЙ

студент I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ ЕРГОТЕРАПІЇ РЕОР ТА СМОР

Моделями практики ерготерапії, які орієнтовані на зайняттеву діяльність людини та найчастіше використовуються у цілому світі є: Людина – Навколишнє середовище – Модель заняттєвої діяльності (**PEOP**) та Канадська модель заняттєвої діяльності та залучення (**CMOP**).

Основною відмінністю цих концептуальних моделей є різний підхід до оцінки основних категорій: людини, навколишнього середовища, заняттєвої діяльності.

PEOP визнає, що взаємодія людини, середовища та елементів заняттєвої діяльності є динамічною та взаємною, і що клієнт є головним у процесі планування допомоги чи втручання і лише він (або ж його сім'я, організація чи громада) може визначити, які результати є найбільш важливими та необхідними [1,3]. PEOP розглядає систему п'яти вимірів людини, зокрема включаючи психологічні, неврологічні, духовні, фізіологічні та рухові фактори.

CMOP розглядає такі компоненти людини: духовні, фізичні, афективні та когнітивні. Духовність посідає центральне місце і визначається творцями моделі як «всепроникна життєва сила, джерело волі та самовизначення, а також відчуття сенсу, мети та пов'язаність, яку люди відчують у контексті свого оточення» [2].

Щодо відношення **PEOP** до **навколишнього середовища**, то дана модель до зовнішніх факторів, які є ключовими для заняттєвої діяльності, відносить: соціальну, практичну чи інструментальну та інформаційну підтримки; суспільні фактори; культурні фактори; вбудоване середовище. PEOP робить наголос на навколишньому середовищі з точки зору того, чи воно «дозволяє або діє як бар'єр для виступу» [5].

CMOP поділяє середовище на чотири різні категорії :

1. Культурне середовище. Кожна людина охоплює низку різних культур, що може пояснити, чому культурне середовище коливається і відрізняється для кожної людини (вірування, цінності, звичаї, спосіб прийняття рішень та індивідуальні ролі).

2. Фізичне середовище можна розглядати як бар'єр, так і як підтримку для функціонування людей у своєму оточенні (фізична доступність та близькість до сімейних та допоміжних служб).

3. Соціальне середовище складається з таких соціальних груп, як сім'я, колеги та друзі та їх ролі, а також форм занять, таких як гра в карти або біг.

4. Інституційне середовище включає правові елементи, які часто накладаються на економічні, як контроль над коштами, і хто приймає фінансові рішення [1,2].

Заняттєва діяльність у РЕОР направлена на досягнення цілей визначених клієнтом. Вона допомагає клієнту повернутися до рівня повсякденного життя, що дозволяє виконувати ролі, обов'язки та інтереси [3].

У **СМОР** складовими заняттєвої діяльності є самообслуговування, продуктивна діяльність та дозвілля. Самообслуговування це «заняття з догляду за собою». Продуктивність визначається як «заняття, які роблять соціальний чи економічний внесок або забезпечують економічне існування». Дозвілля визначається як заняття для задоволення (включає в себе спокійний відпочинок, активну рекреацію, соціалізацію) .

Діяльність включає також три компоненти – афективний (соціальні та емоційні функції), фізичний (сенсорні, рухові та сенсомоторні функції) та когнітивний (сприйняття, концентрацію, пам'ять, розуміння, судження та міркування) [2,4].

Отже, ці концептуальні моделі наголошують на важливості людини, але кожна модель виділяє свої персональні компоненти.

СМОР наголошує, що духовність є головною сутністю людини, тоді як РЕОР зображує духовність як один із п'яти компонентів (психологічні, неврологічні, духовні, фізіологічні та рухові).

Щодо розгляду навколишнього середовища, то РЕОР розглядає його чи воно «дозволяє або діє як бар'єр для виступу», СМОР виділяє чотири фактори – культурне, фізичне, соціальне та інституційне.

Щодо розгляду заняттєвої діяльності моделі РЕОР, СМОР мають багато спільного. РЕОР модель наголошує на необхідності компетентності у заняттєвій діяльності для досягнення заняттєвої участі, тобто здатності діяти відповідно до бажаного способу життя, щоб брати участь у значущих та цілеспрямованих ролях та заходах. У СМОР складовими заняттєвої активності є самообслуговування, продуктивна діяльність та дозвілля.

Список літератури

1. Davis-Cheshire R, Davis K, Drumm L, Neal S, Norris E, Parker M, et al. The Perceived Value and Utilization of Occupational Therapy Models in the United States. *J Occ Ther Educ.* 2019; 3(2): 1-23. doi: 10.26681/ jote.2019.030211
2. Duncan, E. *Foundations for Practice in Occupational Therapy.* Elsevier Health Sciences. 2011. P.282.
3. Gregory M. The Impact of Interprofessional Education on Healthcare Team Performance: A Theoretical Model and Recommendations. In: Paige J, Sonesh ShC, Garbee DD, Bonanno LS, Eds. *Comprehensive Healthcare Simulation: Inter Professional Team Training and Simulation, Comprehensive Healthcare Simulation.* Switzerland: Springer Nature; 2020. 312 h. doi: 10.1007/978-3-030-28845-7
4. Kielhofner,G. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy.* F.A. Davis Company: 2004.P.27-71.
5. Su Ren Wong & Gail Fisher Comparing and Using Occupation-Focused Models/Occupational Therapy In Health Care, *Early Online:* 2015.P.1–19.

Оксана ФІГУРА

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Романія МОРДА

ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ РЕОР У ЕРГОТЕРАПІЇ

Модель РЕОР (Person – Environment – Occupational Performance Model) – це системна модель, яка визнає, що взаємодія людини, середовища та елементів заняттєвої діяльності є динамічною та взаємною, що клієнт повинен бути головним у процесі планування допомоги чи втручання [2]. Тільки клієнт (людина, сім'я, організація чи громада) може визначити, які результати є найбільш важливими та необхідними.

РЕОР використовує клієнт-орієнтований підхід, співпрацює з клієнтом для встановлення ерготерапевтичних цілей. Це є модель зверху вниз, а не знизу вгору, тому цілісна та орієнтована на людину. Підхід зверху вниз – це коли ерготерапевт розглядає всі речі, які впливають на професійну ефективність, тоді як підхід знизу вгору – розгляд та лікування одного симптому. На думку авторів Крістіансена та Баума (2015), в даний час не існує інструменту оцінки, який би вимірював результати на основі моделі РЕОР. Тому ерготерапевти самостійно використовують інші інструменти для отримання відповідної інформації про клієнта [4].

Розпочинається ерготерапевтичний процес із збору інформації про клієнта *інтерв'ю* [1,5], який включає:

- заняттєву історію;
- сприйняття клієнтом поточної ситуації;
- короткотривалі та довготривалі цілі;
- відповідність цілей клієнта та ерготерапії.

Заняттєва історія – це опис інтересів дозвілля та соціальної діяльності та обов'язки клієнтів щодо роботи та виконання догляду за собою та за домом. При цьому описуються активності повсякденного життя.

Сприйняття клієнтом поточної ситуації. При цьому оцінюється ситуація в якій опинився клієнт і що він знає про ймовірний курс втручання.

Короткотривалі та довготривалі цілі ставляться разом із клієнтом використовуючи SMART формат. Ціль повинна бути специфічна, вимірна, досяжна, реалістична і визначена у часі.

Наприклад, ***Пацієнт за 4 тижні від сьогодні (дата) збільшить м'язову силу стискання настільки, щоб утримати в руці порожню чашку протягом 60 секунд.***

Відповідність цілей клієнта та ерготерапії. Завершальним кроком у розділі інформації про клієнта аналізу є визначення відповідності цілей людини та підходу до ерготерапії [4].

Другим етапом є ***оцінка***, що включає оцінку внутрішніх та зовнішніх факторів, які впливають на заняттєву діяльність. Оцінюються фізіологічні, психологічні, когнітивні, нейроповедінкові та духовні фактори та культурне, соціальне та економічне, природне середовище, побудоване середовище, а також соціальний вплив на результати заняттєвої діяльності. Для оцінки використовують різноманітні тести, шкали, опитувальники [1].

Наступним етапом є ***втручання***, яке включає:

- складання плану втручання, орієнтованого на клієнта;
- власне втручання;
- оцінка змін (результат плану).

Складає план втручання ерготерапевт орієнтуючись на клієнта. При чому використовуються методи, які мають наявні докази того, що певне втручання зможе допомогти клієнту досягти своїх цілей найбільш результативним та дієвим способом [3,4].

Приклад короткотермінового ерготерапевтичного плану до наведеної вище цілі:

1. Пацієнт тренуватиме фазу поперечного хапання протягом повсякденної активності – пиття щоранку під час сніданку.
2. Терапія з пацієнтом спрямовуватиметься на тренування м'язової сили стискання за допомогою поролонових м'ячиків.
3. Терапія з пацієнтом спрямовуватиметься на тренування м'язової

сили шляхом хапання великих кілочків та їх перенесення [1].

Власне втручання. Потрібно використовувати кілька втручань. Ці втручання варіюються від стратегій відновлення, призначених для відновлення функцій, до компенсації, включаючи зміцнення здоров'я, запобігання вторинним проблемам та навчання клієнта та його мережі підтримки, щоб вони могли самостійно управляти ситуацією.

Результат плану. Проводиться оцінка змін, які відбулися. Оцінюється, чи досягнена ціль. Також оцінюється ефективність та результативність терапевтичних втручань для громадськості та інших зацікавлених осіб [6].

Отже, **РЕОР** є досить зручною концептуальною моделлю для застосування у ерготерапії. Модель **РЕОР** ґрунтується на гуманістичних цінностях і ерготерапія виділяє заняттєву активність як позитивну взаємодію людини та навколишнього середовища для впливу на загальне самопочуття.

Список літератури

1. Швесткова Ольга, Свєцена Катержина та кол. Ерготерапія: Підручник. – Київ, Чеський центр у Києві, 2019. – 280 с.
2. Davis-Cheshire R, Davis K, Drumm L, Neal S, Norris E, Parker M, et al. The Perceived Value and Utilization of Occupational Therapy Models in the United States. J Occ Ther Educ. 2019; 3(2): 1-23. doi: 10.26681/jote.2019.030211
3. Duncan, E. Foundations for Practice in Occupational Therapy. Elsevier Health Sciences. 2011. P.282.
4. Gregory M. The Impact of Interprofessional Education on Healthcare Team Performance: A Theoretical Model and Recommendations. In: Paige J, Sonesh ShC, Garbee DD, Bonanno LS, Eds. Comprehensive Healthcare Simulation: Inter Professional Team Training and Simulation, Comprehensive Healthcare Simulation. Switzerland: Springer Nature; 2020. 312 h. doi: 10.1007/978-3-030-28845-7
5. Kielhofner,G. Conceptal Foundations of Occupational Therapy. F.A. Davis Company: 2004.P.27-71.
6. Su Ren Wong & Gail Fisher Comparing and Using Occupation-Focused Models/Occupational Therapy In Health Care, Early Online: 2015.P.1–19.

Оксана ФІГУРА

викладач кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

Юлія СЕМЕНИШИН

студентка III курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

ОСНОВНІ ЗАСОБИ ЕРГОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ПАЦІЄНТАМИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Після інсульту ерготерапевти працюють над полегшенням і покращенням контролю над рухом і функцією верхньої кінцівки, ураженої інсультом, відновлюють здатність людини виконувати свої особисті завдання з самообслуговування та домашні завдання; допомагають пацієнту вивчити стратегії управління когнітивними, перцептивними та поведінковими змінами, пов'язаними з інсультом; а також підготовлюють домашнє та робоче середовище до повернення пацієнта.

Регулярне обстеження ерготерапевта на наявність порушень сприйняття є невід'ємною частиною реабілітації пацієнтів після інсульту [1] і є передумовами для досягнення загальної мети оптимізації функціональної незалежності [4]. Після інсульту ерготерапевти регулярно проводять скринінг на наявність порушень зорового сприйняття, таких як агнозія; проблеми зорово-просторового відношення, наприклад, фігура-земля, розлади схеми тіла, сприйняття глибини та одностороннє нехтування, а також порушення конструктивних навичок [3].

Ерготерапевти проводять детальну оцінку рухових і сенсорних змін після інсульту, приділяючи особливу увагу функції верхніх кінцівок. Потім втручання в ерготерапії стосуються змін у моторній силі, м'язовому тонусі, втраті чутливості, руховому плануванні/праксисі, тонкій руховій координації та

функції руки з метою відновлення контролю та функції верхньої кінцівки. Стандартизовані методи оцінки можуть включати мануальне тестування м'язів, силу захоплення та щипка [5], модифіковану шкалу Ешворта (MAS) [1] та тест Шедок. Вимірювання функціональних можливостей верхньої кінцівки проводяться протягом усієї програми реабілітації, щоб оцінити прогрес у досягненні індивідуальних цілей і планувати подальше лікування. Ці вимірювання доповнюють показники порушення, визначаючи, як порушення, пов'язані з інсультом, впливають на здатність використовувати верхню кінцівку в повсякденній діяльності.

Ерготерапевт оцінить потребу в домашньому догляді, беручи до уваги бар'єри навколишнього середовища, специфічні порушення, ризик падіння та потреби пацієнта. Мета оцінки полягає в тому, щоб визначити, чи безпечно для пацієнта з інсультом повертатися до середовища, в якому вони були до інсульту, чи знадобиться альтернативне розміщення. Оцінка в домашніх умовах передбачає спостереження ерготерапевта за здатністю пацієнта фізично контактувати з навколишнім середовищем і виконувати звичайні дії. Наприклад, ерготерапевт може оцінити здатність пацієнта безпечно перейти з ліжка чи туалету. Ерготерапевт також оцінить здатність пацієнта планувати, виконувати та вирішувати завдання, як-от приготування простої їжі, безпечно приймання ліків, використання телефону для виклику допомоги чи оплата рахунків. Використовується індекс Бартеля [3] для вимірювання особистої активності повсякденного життя, в також шкала особистої активності повсякденного життя Ріверміда [2].

Ерготерапевти встановлюють, як можна адаптувати завдання або змінити середовище, щоб покращити рівень незалежності пацієнта. Що стосується фізичного середовища, ерготерапевт може призначити допоміжне обладнання або модифікації будинку, щоб забезпечити виконання завдань з більшою легкістю та більшою безпекою [6]. Наприклад, встановлення поручнів біля сходів, підвищення висоти крісла або призначення підносу для транспортування на коліщатках.

Ерготерапевт зв'язується з організатором виписки, пацієнтом і опікунами, щоб визначити очікувану частоту, тривалість, інтенсивність і тип підтримки опікуна, необхідної для повернення додому [1]. Наприклад, пацієнту може знадобитися нагляд за прийманням ліків через проблеми з пам'яттю, допомога при одяганні, або допомога з пранням через проблеми з рівновагою. Ерготерапевт може навчити осіб, які доглядають, безпечно використовувати допоміжне обладнання або модифікації з пацієнтом. Коли пацієнт повертається додому, не маючи можливості самостійно встати з ліжка, ерготерапевт навчає родичів безпечно керувати електричним підйомником або кріслом колісним. Постійне навчання пацієнта та його сім'ї, а також участь сім'ї в програмі лікування є важливими для плавного переходу до виписки, перенесення отриманих навичок у домашнє середовище та сприяння психосоціальній адаптації [3].

Список літератури

1. Cawood J, Visagie S. Stroke management and functional outcomes of stroke survivors in an urban Western Cape Province setting. South African Journal of Occupational Therapy. 2016;46(3): P.21-26
2. Cooke D, McKenna K, Fleming J. Development of a standardised occupational therapy screening tool for visual perception in adults. Scand J Occup Ther. 2005;12: P.59–71.
3. Dai YT. Effectiveness of a pilot project of discharge planning in Taiwan. Res Nursing Health. 2003;26:P.53–63.
4. Kniepmann K. Female family carers for survivors of stroke: Occupational loss and quality of life. British Journal of Occupational Therapy. 2012;75(5):P.208-216.
5. Pfavai Y. Needs of Stroke Patients and Their Perceived Fulfilment of these Needs in Occupational Therapy. Harare, Zimbabwe: University of Zimbabwe; 2020.
6. The role of occupational therapy (OT) after a stroke. 2022. URL: <https://www.neuroolutions.com/post/the-role-of-occupational-therapy-ot-after-a-stroke>

Олександра ЦИБАНЮК

канд. пед. наук, доцент

кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Тетяна ЛЯСОТА

канд. наук з фіз. виховання, доцент

кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

ФОРМУВАННЯ МОТОРНИХ ТА ІМІТАЦІЙНИХ НАВИЧОК ДІТЕЙ З РАС

Діти з РАС багато років були позбавлені доступних для інших осіб форм медико-психолого-педагогічної допомоги, оскільки дане порушення є надзвичайно складною проблемою як у теоретичному, так і в практичному аспектах [1].

Дослідники соціалізації дітей з РАС (К. Островська, В. Тарасун, Г. Хворова) зазначають, що однією із найважливіших складових корекційної роботи в таких випадках є формування навичок гри, самообслуговування, гігієни, комунікації, перебування в суспільних місцях та взаємодії з навколишнім середовищем [2, 3].

Виокремимо групи цих найважливіших навичок для дитини з РАС та проаналізуємо моторні та імітаційні. Отже, визначаємо умовний розділ на:

1. Соціальні навички;
2. Мовленнєві та комунікативні навички;
3. Навички навчальної поведінки;
4. Побутові навички;
5. Ігрові навички;
6. Моторні та імітаційні навички.

Так, моторні навички – це система рухової активності всього організму дитини або окремих органів. Під моторикою розуміють послідовність рухів, які у своїй сукупності потрібні для виконання будь-якої певної задачі. Сформовані навички передбачають, зокрема сталі елементи дрібної моторики, а саме:

- відтворення і, що важливо, використання «пінцетного» захвату;
- вміти крутити, тягнути предмети різного розміру, а також гортати сторінки;
- перекладати об'єкти з однієї руки в іншу руку – починаючи від побутових предметів і закінчуючи спортивним інвентарем;
- працювати обома руками – зокрема, в різних умовах;
- координація руки-долоні та/або пальців та очей – координаційно-просторові рухи;
- графічні навички (обводити, писати чи замальовувати, використовувати ножиці, клеїти).

Щодо загальної моторики, то це – рівновага під час ходьби та сидіння; керування (управління) силою руки/долоні, основні вправи (рухова діяльність) – стрибки, біг, ходьба, кидання і ловіння тощо. Також до цих навичок відносимо використання спортивного інвентарю.

Імітаційні навички – здатність дитини копіювати інші дії з об'єктами, жести та рухи тіла, звуки або слова що призводить до поліпшення загальних соціальних компетентностей.

Сюди відносимо:

- імітація моторних рухів;
- імітація дій з предметами;
- імітація послідовності дій;
- імітація дій однолітків;
- імітація / повторення слів, фраз.

Слід наголосити на актуальній думці фахівців, що *формування навички це динамічний, послідовний процес*, який може тривати від 1-2-3 занять й більше і залежить від стану та розвитку дитини та дорослого/ фахівця, який допомагає їй

цю навичку опанувати, засвоїти та почати самостійно застосовувати. Вказаний вище перелік навичок можна використовувати для визначення «маленьких» цілей на час найближчого розвитку дитини в залежності від її віку та потреб задля досягнення великої мети.

Список літератури

1. Корекційно-розвивальні методики для роботи з дітьми з аутизмом (методичні рекомендації): Литвяк Д. М., Зленко Л. О. Чернігів, 2020. 78 с.
2. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
3. Тарасун В, Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / наук. ред. В.Тарасун. К.: 2004. 103 с.

Ростислав ЧАПЛІНСЬКИЙ

к. мед. н., доцент,

доцент кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних

основ фізичного виховання

Кам'янець-Подільський національний університет

імені Івана Огієнка

Вікторія БОЛДІНА

студентка 4 курсу спеціальності “227 Фізична терапія, ерготерапія”

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕРГОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Серед ендокринних захворювань цукровий діабет (ЦД) посідає перше місце за поширеністю (більше 50% з усіх захворювань ендокринної патології) і

не змінює свою позицію, оскільки з кожним роком кількість хворих не зменшується, а лише зростає [1, с. 19].

ЦД — це група метаболічних захворювань, для яких є характерна хронічна гіперглікемія внаслідок порушень дії інсуліну, секреції інсуліну або обох цих чинників [2, с. 22].

Оскільки лікування та реабілітація ЦД повинна бути комплексною, окрім медикаментозного лікування, важливу роль також відіграє застосування різних методів фізичної реабілітації: лікувальна фізична культура, дієтотерапія, масаж, фізіотерапія [3, с. 95].

До основних форм лікувальної фізкультури при ЦД 2-го типу відносять: ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику (ЛГ), лікувальну ходьбу, плавання [4, с. 11; 10, с. 32].

При підборі вправ хворим даної категорії необхідно враховувати фізіологічну і біохімічну дію навантажень різної інтенсивності. Так при виконанні вправ великої інтенсивності стимулюються анаеробні енергетичні процеси, такі як розпад глікогену і гліколіз, які не впливають на рівень глюкози у крові, а лише призводять до накопичення молочної кислоти у м'язах та метаболічного ацидозу. У свою чергу вправи помірної інтенсивності сприяють споживання глюкози з крові та її повне розгортання у м'язах, і таким чином зменшується вміст цукру у крові. До них відносяться вправи для середніх та великих м'язових груп в повільному або середньому темпі з обмеженою кількістю повторень, які чергуються з динамічними дихальними вправами [5, с. 128].

На поліклінічному етапі реабілітації застосовують такі рухові режими:

- Щадний.

ЛГ включає прості вправи для усіх м'язових груп з повною амплітудою у середньому темпі, вправи з предметами, з обтяженням (1-1,5 кг), на координацію, з опором + статичні і динамічні дихальні вправи (помірна глибина дихання, з подовженим видихом) + паузи для відпочинку (повне

розслаблення м'язів). Дозування вправ – 8-10 разів. Щільність занять – 60-70%, тривалість - 30-40 хв. Вводиться дозована ходьба в повільному темпі.

- Щадно-тренувальний.

ЛГ включає вправи для усіх м'язових груп з повною амплітудою у середньому темпі, вправи з предметами, з обтяженням (2-2,5 кг), на координацію, з опором + динамічні дихальні вправи + паузи для відпочинку (повне розслаблення м'язів). Кількість повторів до 10-12 разів. Щільність занять – 60-70%, тривалість - 40-45 хв. Дозована ходьба – до 5-6 км, темп – 70-90 кр./хв. Включення спортивних ігор, елементів спорту, ближнього туризму, бігу помірної інтенсивності до 30-40 хв. із 1-2 інтервалами відпочинку.

- Тренувальний.

ЛГ включає ті ж вправи, що і на попередньому режимі, але підвищується їх інтенсивність виконання та кількість повторів до 10-14. Дозована ходьба до 8-12 км., темп – 70-80 кр./хв. (середня тяжкість ЦД) і 80-100 кр./хв. (легкий ступінь ЦД). В повній мірі застосовуються ігри, туризм та біг [4, с. 13-14].

Під час проведення занять рекомендується періодично перевіряти рівень глюкози у крові, артеріальний тиск та частоту серцевих скорочень. При виявленні рівня глюкози вище 14 ммоль (252 мг%) або при гіпоглікемічному стані слід припинити виконання фізичних навантажень. Відновити заняття можна при нормалізації показників, але при цьому необхідно зменшити навантаження [6, с. 243].

Також важливим для таких хворих при інтенсивних тренуваннях є вживання кожні 30 хв. 10-15 г вуглеводів (для дорослих норма збільшується до 15-30 г). Половина з них має бути у вигляді «швидких» вуглеводів (сік, фрукти) для поповнення запасів глюкози в крові, інша – у вигляді «повільних» вуглеводів (плитка шоколаду) для забезпечення енергії на тренування [7, с. 31].

Відповідно до функціонального стану хворого, його толерантності до фізичних навантажень та показників глюкози у крові, поступово збільшується і коригується рівень навантаження [8, с. 48].

При лікуванні діабету важливим аспектом є регулярність занять, тому що перерва у понад 2 дні призводить до зниження підвищеної чутливості м'язових клітин до інсуліну, досягнутої попередніми тренуваннями [9, с. 341].

Отже, для профілактики виникнення цукрового діабету 2 типу важливими складовими є: зниження ваги тіла або підтримання її на здоровому рівні, дотримання дієти (обмежити вживання жирів), відмова від тютюну та заняття фізичною активністю, включаючи виконання вправ (помірні навантаження приблизно 150 хвилин на тиждень).

Список літератури

1. Іваненко Ю. О., Калмиков С. А., Калмикова Ю. С. Основні підходи до немедикаментозного та відновного лікування хворих на цукровий діабет 2-го типу. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2020. Вип. 1. Т. 5. С. 19-25.
2. Барладин О. Р. Ефективність застосування фізичної реабілітації в комплексному лікуванні хворих з цукровим діабетом 2-го типу. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2021. Вип. 9. Т. 140. С. 21-24.
3. Бісмак О. В. Основні підходи до застосування засобів фізичної реабілітації при цукровому діабеті 2-го типу. *Фізична культура і спорт у сучасному суспільстві: досвід, проблеми, рішення (у циклі Анохінських читань)*. 2015. С. 94-99.
4. Калмиков С. А., Калмикова Ю. С. Сучасні погляди на використання методик лікувальної фізичної культури у фізичній терапії хворих на цукровий діабет 2-го типу. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2017. №1. С. 10-15.
5. Гурова А. І. Завдання лікувальної фізкультури у фізичній реабілітації хворих на цукровий діабет. *Педагогіка здоров'я: зб. наук. праць VII Всеукраїнської науково-практичної конференції: у 2-х томах*. Чернігів. 2017. Т. 2. С. 126-130..

6. Мацегоріна Н. В. Застосування засобів фізичної реабілітації при набутому цукровому діабеті 2-го типу в дорослих. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2014. №11. С. 240-256.
7. Грачова К. В., Лахманюк Т. В. Використання засобів фізичної реабілітації при цукровому діабеті. *Сучасні технології зміцнення здоров'я людини*. 2020. С. 30-32.
8. Медовець О. І. Оцінка впливу фізичної реабілітації на якість життя у хворих на цукровий діабет 2-го типу. *Біологічні, медичні та науково-педагогічні аспекти здоров'я людини*. 2020. С. 47-48.
9. Чоп Н. В. Фізична реабілітація при цукровому діабеті. *Збірник студентських наукових праць*. 2019. вип. 2. Т. 12. С. 339-343.
10. Скрипник Н. В. Огляд рекомендацій з профілактики цукрового діабету 2-го типу. *Ліки України*. 2019. Вип.1, Т. 227. С. 30-33.

РОЗДІЛ 4.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ТА РОЗВИТКУ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Людмила БАСЕНКО

аспірантка 2 року навчання спеціальності
«Фізична терапія, ерготерапія»

Катерина ТИМРУК-СКОРОПАД

д.фіз.вих. і с., професор кафедри ФТЕТ
Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського

ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЗМОМ

Вступ. Аутизм (розлад аутистичного спектру, РАС) – є різноманітною групою станів, пов'язаних із розвитком мозку. Рівень поширеності РАС серед дитячого населення України стабільно зростає і станом на 2021 рік 1 особа із 130 осіб має діагноз аутизм [1].

До першочергових і значущих проявів РАС відносять труднощі у соціальному спілкуванні та взаємодії, схильність обмежувати і повторювати моделі поведінки. Порушення рухових функцій та порушення активності також є одними із вагомих обмежень життєдіяльності дітей з РАС. Зокрема, 83% дітей з РАС мають труднощі у виконанні відповідних віку рухових навичок, низький м'язовий тонус, значні порушення координації рухів, гіршу рівновагу, порушення імітаційної діяльності та низки практичних навичок [2, с. 2].

Реабілітаційна допомога дітям з РАС в Україні переважно охоплює складові які включають в себе розвиток психічних процесів та мовлення, корекцію поведінки та формування навичок співпраці та самообслуговування. Послуги фізичної терапії для дітей з РАС є епізодичними. Оцінювання є однією

з основних складових у процесі фізичної терапії від якої залежить формулювання реабілітаційного діагнозу, встановлення мети і завдань фізичної терапії, складання ефективної програми терапевтом та моніторингу і контролю за ефективністю втручань.

проаналізувати інструменти та дикатори оцінювання рухових функцій та ефективності фізичної терапії у дітей з аутизмом.

Матеріали та методи. Аналіз інструментів обстеження та індикаторів оцінювання рухових функцій та ефективності фізичної терапії у дітей з аутизмом проводили на основі систематичних оглядів, які охоплювали питання фізіотерапевтичного втручання, фізичної терапії, вправ та активностей при розладах аутистичного спектру дітей за останні 10 років.

Пошук здійснювали у базах даних Cochrane, PubMed та Pedro, за ключовими словами «physical therapy», «physiotherapy», «rehabilitation» з булевою функцією AND для «autism» та «systematic review».

Основна частина. Проаналізовано 11 систематичних оглядів, які базувалися на аналізі 239 наукових досліджень. Визначено інструменти та індикатори, що використовувалися для оцінювання результатів і ефективності фізичної терапії дітей з аутизмом.

У 239 клінічних дослідженнях, загалом, було використано 127 інструмент дослідження та індикатор.

Визначені інструменти дослідження та індикатори склали шість груп критеріїв оцінювання:

1. Моторний розвиток;
2. Психічні функції;
3. Життєдіяльність;
4. Якість життя;
5. Оцінювання РАС;
6. Комплексне оцінювання.

Найбільшою за кількістю інструментів та індикаторів виявилась група оцінювання психічних функцій (використано у 45 клінічних дослідженнях). Інструменти оцінювання моторного розвитку, які використовувались у 37 клінічних дослідженнях охоплювали опитувальники та спостереження за розвитком рухових навичок, клінічні тести оцінювання рухових навичок і фізичних якостей та інструменти оцінювання рівноваги та вестибулярної функції. Інструменти оцінювання з інших виокремлених груп зустрічалися у клінічних дослідженнях рідко. Слід зазначити, жоден з інструментів обстеження не перекладено та не валідовано в українськомовній версії.

Висновки. Існує велика кількість стандартизованих методів обстеження ефективності фізичної терапії та реабілітації дітей з РАС. Основними напрямками оцінювання у дітей з РАС є психічні функції, моторний розвиток, життєдіяльність, якість життя, оцінювання дітей з РАС та комплексне оцінювання. Однак, основна увага приділяється обстеженню психічних функцій та моторного розвитку без єдиного загальноприйнятого підходу до оцінювання таких дітей з РАС в Україні. Проаналізовані дослідження містять велику кількість інструментів, але вони мало повторюються в дослідженнях, що вказує на те, що пошук оптимальних інструментів і індикаторів триває.

Список літератури

1. Огляд народонаселення світу. *Рівень аутизму по країнах*. 2022. URL: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/autism-rates-by-country>
2. Anneliese Ruggeri, Alina Dancel, Robert Johnson, Barbara Sargent. The effect of motor and physical activity intervention on motor outcomes of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *PubMed*. 2019. 25 p.

Лідія ДОЦЮК

док.мед.н., професор

завідувач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Андрій БРАЖАНЮК

доктор філософії (PhD)

асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Леся ЛОГУШ

к.пед.н. доцент

доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

ФОРМУВАННЯ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ ТА ЕРГОТЕРАПЕВТІВ

Сучасні перетворення в українському суспільстві особливо гостро охопили сферу освіти та професійних відносин. Система вищої освіти зазнає радикальних змін і отримує соціальне замовлення на фахівців нового профілю, серед яких професія – фізичного терапевта та ерготерапевта. Поступово формується новий тип фахівця, що націлений на високий професіоналізм та ділову активність. Професійна культура фізичного терапевта та ерготерапевта на сьогодні є однією з актуальних проблем, що досліджується на тлі підвищеної уваги науковців до питань формування фахівця нової генерації у системі неперервної освіти – освіти протягом усього життя.

Значну увагу до питань, пов'язаних із професійною підготовкою майбутніх фахівців з фізичної реабілітації в закладах вищої освіти, зосереджували Н. Белікова, О. Лянной, Л. Суценко та ін. Деякі аспекти професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації у вищій школі досліджували Л. Волошко, С. Гук, В. Крупа, В. Кукса, О. Погонцева.

Є. Приступа, М. Романишин та ін. Особливості підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії аналізували А. Герцик, Г. Завгородня, С. Кобелєв та ін.

Професійну культуру фізичних терапевтів та ерготерапевтів розуміємо як інтегровану характеристику фахівця, що синтезує ціннісні орієнтації, професійну мотивацію, систему фахових компетентностей, професійно значущі якості, які забезпечують високий рівень здійснення професійної діяльності на засадах рефлексії та саморозвитку.

Вибудовуючи власний погляд на структуру професійної культури майбутніх фізичних терапевтів та ерготерапевтів, ми виходили з того, що вона повинна відображати різнобічність особистісної характеристики майбутнього фахівця у взаємозв'язку з професійною відновлювально-реабілітаційною діяльністю фізичних терапевтів та ерготерапевтів, тобто відображати особистісну та діяльнісну сторону.

Зробивши аналіз нами запропонована конструкція, яка представлена інтегративними, логічно взаємопов'язаними складовими, містить такі компоненти професійної культури фізичних терапевтів та ерготерапевтів: ціннісно-мотиваційний, когнітивно-діяльнісний, особистісно-комунікативний, аналітико-рефлексивний.

Виходячи із цього, ціннісно-мотиваційний компонент відображає систему ціннісних орієнтацій та професійно-особистісну мотивацію; когнітивно-діяльнісний компонент представлений професійними знаннями та фаховими вміннями й навичками для якісного виконання відновлювально-реабілітаційної діяльності; особистісно-комунікативний компонент охоплює професійно значущі якості, зокрема емпатію, чуйність, толерантність тощо, та комунікативні здібності під час роботи з пацієнтами-клієнтами; аналітико-рефлексивний компонент містить здатність до аналітичної діяльності та саморозвитку на основі рефлексії, що зображено на рис. 1.1.



Рис.1.1. Компоненти професійної культури фізичних терапевтів та ерготерапевтів

Зазначені компоненти професійної культури фізичних терапевтів та ерготерапевтів є взаємозумовленим явищем, яке через системний взаємозв'язок його внутрішніх складових являє собою цілісне утворення. Однак, кожен компонент професійної культури представлений тими чи іншими елементами, які можуть розглядатись як окрема одиниця і потребувати окремого наукового вивчення.

Список літератури

1. Закон України «Про освіту» (The Law of Ukraine «On Education») (2014) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19/stru>
2. Закон України «Про вищу освіту» (Law of Ukraine «On Higher Education») (2017) <https://zakon.rada.gov.ua/go/1556-18>
3. Стандарт вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти (Standard of higher education by specialty 227 «Physical therapy, ergotherapy» for the first (bachelor) level of higher education) (2018) <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishchaosvita/zatverdzeni%20standarty/12/19/227-fizichna-terapiya-ergoterapiya-bakalavr.pdf>

Валерій ЖАМАРДІЙ

д. пед. н., доцент,

доцент кафедри фізичної та реабілітаційної медицини,

Полтавський державний медичний університет

Дарина СЕРГА

студентка 1 курсу спеціальності «227 Фізична терапія, ерготерапія»

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ТА РОЗВИТКУ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ІЗ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Фахівці фізичної реабілітації є провідними спеціалістами з відновлення, корекції та підтримки рухових функцій. Від них залежить здоров'я і фізичний стан людей, які проходять реабілітаційні заходи.

Клінічна діяльність складається з реабілітаційного обстеження, оцінювання, визначення реабілітаційного діагнозу, складання прогнозу та здійснення реабілітаційного втручання. Обстеження обов'язково передують будь-якому втручанню. Його проходять усі пацієнти згідно з медичним діагнозом. Зазвичай, клінічна діяльність фізичного терапевта охоплює п'ять складових [2].

Фізичний терапевт у своїй професійній діяльності стикається з багатьма захворюваннями, проте світовий досвід показує, що неприпустимо виходити тільки з позицій лікарського діагнозу, оскільки він описує тільки патологію і не зачіпає функціональний стан пацієнта. [3].

Для підготовки здобувачів освіти майбутніх фізичних терапевтів до професійної діяльності застосовують так звані дієві засоби. Вона є невід'ємною частиною освітнього процесу, забезпечують зв'язок теоретичної підготовки майбутніх фахівців з їх практичною діяльністю. Теоретична частина повинна виконувати інтегруючі та координуючі функції, сприяти системному засвоєнню здобувачами освіти всіх навчальних дисциплін, що вивчаються в циклах медико-біологічної та професійної підготовки [1].

При плануванні і проведенні практик основним є те, що практика повинна: містити активний характер; бути сталою і ґрунтуватися на засвоєнні теоретичних понять дисциплін циклу професійної підготовки; формувати та розвивати всі структурні компоненти готовності майбутніх фахівців із фізичної терапії до професійної діяльності.

Список літератури

1. Герцик А. М. Організаційно-методичні аспекти підготовки бакалаврів фізичної реабілітації в Канаді: автореф. дис... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03. Нац. ун-т фіз. виховання і спорту України. Київ, 2006. 21 с.
2. Ороховський В. Й., Бурцева Л.О. Проблеми навчально-професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2009. № 5. С. 195–198.
3. Швесткова Ольга, Свечена Катержина та кол. Ерготерапія: підручник. Київ, Чеський центр у Києві, 2019. 280 с.

Андрій ЗАКІН

канд.пед.наук

доцент кафедри фізичної реабілітації та

медико-біологічних основ фізичного виховання

Кам'янець-Подільського національного університету

імені Івана Огієнка

Софія БОНДАРЕНКО

Студентка 3 курсу спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Дитячі церебральні паралічі (ДЦП) - це група психомовних і моторних непрогресуючих синдромів, які є наслідком ураження мозку у внутрішньоутробному, інтранатальному та ранньому постнатальному періодах.

За даними МОЗ України, ДЦП в 2021 році склали 2,64 на 1000 у дітей віком до 14 років, що складає 0,16 % серед усіх зареєстрованих захворювань. Наявність рухових, мовних, психічних порушень у дітей з ДЦП є причиною інвалідизації. У 50-70 % таких хворих є контрактури та деформації кінцівок [4].

ДЦП являють собою резидуальні стани з непрогресуючим перебігом. Однак, інфекційні захворювання, інтоксикації, повторні травми сприяють погіршенню стану хворого. З віком виникає невідповідність між можливостями нервової системи, що патологічно змінена, і потребами, що висуває навколишнє середовище до організму, наростає декомпенсація [1, с. 67].

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є складним захворюванням центральної нервової системи, що приводить не тільки до порушень рухів, але й викликає затримку чи патологію розумового розвитку, недостатності мовлення, порушення слуху і зору тощо. Тяжкість інвалідизації є настільки значимою, що близько 20-30% хворих не переміщуються, не можуть обслуговувати себе, не здатні вчитися. Актуальність цієї проблеми визначається збільшенням росту захворюваності і соціальною значимістю захворювання для кожної людини.

В Україні налічується близько 20 тисяч дітей, що мають діагноз «дитячий церебральний параліч», котрий об'єднує малюків із не прогресуючими порушеннями рухів. В індустріально розвинутих країнах середня частота ДЦП складає 2,0-2,5 випадків на 1 тисячу народжених дітей [2, с. 54].

У світі відпрацьовано сотні реабілітаційних методик, що допомагають хворим – медичних, психологічних, педагогічних, соціальних. Вони надають можливість людям з їх особливостями бути рівними серед рівних. Чим раніше починають працювати з ураженим контингентом фахівці з реабілітації, тим більше шансів зробити хворобу майже непомітною. Доведено: якщо розпочати

реабілітацію з першої хвилини після встановлення ураження, то 70-80% можливих наслідків хвороби можна попередити [3, с. 85].

Дослідження за обраною темою проводилося на базі Кам'янець-Подільського спеціалізованого навчального закладу. Дослідження проводилось: з вересня 2021 року по лютий 2022 року.

В дослідженні приймали участь 12 дітей віком від 6 до 10 років, що склали дослідну групу.

В роботі з досліджуваними було застосовано індивідуальні й групові заняття з лікувальної фізичної культури, фізичного розвитку; індивідуальні сеанси лікувальної гімнастики та масажу.

Під час роботи з кожною дитиною збирались скарги хворих дітей (та їх батьків), анамнестичні дані, відомості про об'єктивний стан дитини (фізичні можливості – перегортання у ліжку, сидіння, стояння; згинання та розгинання, відведення та приведення ніг у суглобах, опір ногами зовнішнім факторам, хода; згинання та розгинання, відведення та приведення рук, опір та протидія зовнішнім опорам, виконання дрібних рухів). Звідси формувалися потреби і дій, спрямовані на їх задоволення. Потім впроваджувалися саме реабілітаційні заходи; на початку їх впровадження й наприкінці проводилися функціональні проби (оцінка виконання простіших рухових дій – тривалість сидіння на сідниці без застосування підручних побутових засобів та без підтримки з боку сторонніх, тривалість стояння на обох ногах з випрямленою спиною без опору та без підтримки з боку сторонніх, тривалість ходіння по рівній поверхні без сторонньої допомоги, швидкість пересування по рівній поверхні із опором на великі предмети, висота відриву п'ятки від поверхні підлоги).

Дослідження тривало протягом п'яти місяців. В ньому приймали участь 12 дітей віком від 6 до 10 років. Протягом цього часу з дітьми дослідної групи проводилась робота, яка включала заняття з лікувальної фізичної культури, сеанси масажу.

Наведені числові дані та ілюстраційні матеріали цього дослідження довели, що засоби фізичної реабілітації, які використовувалися під час

наявного дослідження, позитивно вплинули на стан здоров'я дітей, хворих різними формами ДЦП.

Так, середньо арифметичний показник сидіння на сідницях покращився з 345,30 секунд до 604,70 секунд.

Показник часу самостійного стояння у дітей змінився з 120,80 до 192,30 секунд.

Показники часу самостійної ходи, використовуючи опору, становили від 52,70 до 105,9 секунд.

Показник швидкості пересування по рівній поверхні, використовуючи опору дорівнював 0,70 метрів на хвилину на початку дослідження та 1,18 метрів на хвилину по закінченню дослідження.

Показник висоти відриву п'ятки від поверхні підлоги під час ходи, використовуючи опору, складав 0,01 м на початку та покращився до 0,03 м. До того ж, під час роботи над покращенням цього показника використовувались методики, що не містили оперативного втручання. А воно, у даному випадку, є більш ефективним для лікування цієї вади.

Як бачимо, більша частина показників у дослідних дітей змінилася за рахунок комплексних заходів з фізичної реабілітації. Отже: методи фізичної реабілітації, подані в даній роботі, можна використовувати при реабілітації дітей з ДЦП. Наведені методики можна використовувати як самостійно, так і в комплексі з іншими; результати роботи будуть набагато кращі, якщо дітям з ДЦП приділятимуть увагу протягом доби. Так, як фахівців з фізичної реабілітації ще замало, а дітей з ДЦП достатньо багато, то активну участь в їх реабілітації повинні приймати батьки.

Наведене в роботі дослідження показало, що застосування вище перелічених засобів фізичної реабілітації позитивно впливає на перебіг захворювання. Тому рекомендується застосовувати ці засоби протягом всього періоду відновного лікування.

Список літератури

1.Вакуленко Л.О., Клапчука В.В Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2018. 371 с.

2.Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: навч. посібник. К.: Олімпійська література, 2006. 196 с.

3.Назар П. С., Шахліна Л.Г. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації. Київ: Олімпійська література, 2007. 346 с.

4.Фізична терапія: Підручник. Швесткова Ольга, Сладкова Петра та ін. Київ, Чеський центр у Києві, 2019. 272 с.

Оксана КИСЕЛИЦЯ

к. пед. н., доцент,

доцент кафедри фізичної культури та здоров'я людини,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Анастасія ТАРАНЕНКО

студентка 1 курсу ОС «магістр»

спеціальності «Середня освіта (Фізична культура)»

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА СТАНОВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ЗРІЛОСТІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ У СТАРШОКЛАСНИКІВ

Аналіз наукової літератури та емпіричних досліджень дає змогу констатувати, що соціальна зрілість є складним соціально-психологічним явищем, яке включає цілу низку компонентів: самосвідомість, світогляд, моральну зрілість, соціальні почутті та ін.; становлення соціальної зрілості учнівської молоді неможливе без формування важливої її складової – соціальних почуттів (основа становлення соціальної зрілості, необхідна умова самовизначення, проектування свого місця у суспільстві; переживання, в яких

особистість виражає свою належність до певної соціальної спільності, своє ставлення до неї, її життєдіяльності та її майбутнього; полікомпонентне психологічне утворення, яке включає моральні почуття, емпатію, почуття патріотизму, соціальної відповідальності, оптимізму, вміння будувати своє спілкування, почуття товарищескості, дружби та ін.).

Оптимальним періодом для розвитку особистісних якостей, які складають структуру соціальних почуттів є рання юність, коли відбувається активний розвиток світогляду як цілісної стійкої системи поглядів на закономірності розвитку суспільства і людини, власної життєвої позиції. Формування світогляду тісно пов'язане з усвідомленням себе як члена суспільства.

Чимало компонентів та багато різних факторів впливає на формування соціальної зрілості: стосунки з оточуючими, виховання в сім'ї, спілкування, навчання й виховання у школі, політичні, економічні, ідеологічні та ін. зміни в суспільстві тощо. Важливим фактором розвитку соціальної спрямованості старшокласників, соціальних почуттів, моральної зрілості є заняття з фізичної культури і спорту, під час яких, крім фізичного, формується й моральне здоров'я, а також почуття належності до команди, соціальна активність, почуття групи (вольова, інтелектуальна, організаційна, емоційна, єдність). Прищеплюють почуття честі й гідності, гордості за успіхи своїх однокласників, патріотизму спортивні змагання учнів на різних рівнях.

Заняття з фізичної культури та спорту допомагають старшокласникам усвідомити існування чимало форм суспільно-корисної діяльності, адже саме там вони можуть розкрити свої потенційні можливості, розкрити себе та знайти місце їх застосуванню у професійному житті а в суспільстві зокрема.

У процесі засвоєння програми з фізкультури і спорту складаються оптимальні умови для розкриття прихованих здібностей, які не розкриваються при вивченні інших навчальних дисциплін, формування організаторських і комунікативних умінь і навичок, норм і цінностей, емпатійності тощо.

Основою формування соціальних почуттів як складової соціальної зрілості особистості є моральні почуття (доброта, чуйність, доброзичливість,

співчуття, співпереживання та ін.), в яких виявляється ставлення до інших людей, до самого себе і до суспільства в цілому.

Існують різні види соціальних почуттів: ідентифікаційні, спрямовані на єднання людини із спільнотою; діяльно-творчі – почуття соціальної практики й соціальної творчості; пізнавально-проективного рівня – засвоєння й закріплення людиною соціально успадкованого й бачення майбутнього.

На розвиток соціальних почуттів впливають соціальна ситуація, в якій розвивається старшокласник (проблема сенсу життя, вибору професії, самовизначення в суспільстві, отримання паспорта, підготовка до служіння в рядах армії, підготовка до сімейного життя та ін.), вікові особливості: прагнення до ідеалу, завершення фізичного розвитку й перебудови організму, виникнення перших серйозних почуттів до протилежної статі, вибірковість спілкування з оточенням та ін. У процесі заняття фізкультурою і спортом особливого значення набуває як ділове, так і особистісне спілкування, особливо його такі функції, як синдикативна (об'єднуюча), так і функція самовираження. Важливою складовою, яка успішно розвивається й закріплюється на заняттях з фізкультури і спорту, є емпатія – складне емоційне почуття, яке включає співчуття, співпереживання, «вникнення» у почуттєву сферу іншої людини, її розуміння тощо.

Аналіз емпіричних досліджень засвідчує важливу роль занять з фізкультури і спорту у формуванні компонентів соціальних почуттів старшокласників: самопізнання, самоорганізації, морально-соціальних та вольових якостей, почуття групи, уважності, взаємодопомоги, культури спілкування тощо.

Впродовж дослідження виявлено дисонанс між вимогами старшокласників стосовно особистості сучасного вчителя фізкультури і вимогами майбутніх учителів: учні ставлять більше серйозніших вимог, аніж майбутні учителі, що може вплинути на відношення учнів власне до занять і на результати вчительської роботи. Існує надзвичайно строката картина сформованості рівнів тенденцій емпатійності в учнів старшого шкільного віку.

На нашу думку, на рівні тенденцій емпатійності впливають особливості класного колективу, в якому вони навчаються, характер стосунків у ньому, стан виховної роботи з учнями, що варто враховувати й майбутньому учителю фізкультури в процесі організації навчально-виховної роботи з учнями взагалі і з старшокласниками зокрема.

Отже, виховання соціальних почуттів у старшокласників, які стоять на порозі самостійного трудового життя і вирішують такі важливі для них проблеми, як вибір майбутньої професії і визначення свого місця у суспільстві, формування соціальних почуттів – це важлива передумова соціального зростання, становлення самосвідомості і соціальної зрілості юнаків і дівчат.

Анатолій КОРОЛЬЧУК

к.н.фіз.в.

завідувач кафедри медико-біологічних основ фізичного виховання
і фізичної реабілітації,

Вінницького державного педагогічного університету

імені Михайла Коцюбинського

Маріна СТОПА

студентка 1 курсу магістр спеціальності “Фізична терапія, ерготерапія”,

Вінницького державного педагогічного університету

імені Михайла Коцюбинського

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАМИ КИСТІ

Досягнення реабілітаційного ефекту при травмах опорно-рухового апарату залежить від сукупності послідовних координованих командних дій [3, с. 66]. Реабілітація пацієнтів з травмами кисті вимагає від фахівців, що входять до складу мультидисциплінарної команди, комплексного та регламентованого використання відповідних засобів і методів з урахуванням специфіки і важкості

травми, що відображається в розробці реабілітаційних програмах. При цьому актуальним є визначення послідовності та взаємного використання окремих відновлювальних чи компенсаторних чинників у різні періоди реабілітації [4, ст. 17, ст. 23, ст. 26].

Метою дослідження є обґрунтувати методологічні основи системного підходу до реабілітації пацієнтів з травмами кисті.

Методологічною основою реабілітації пацієнтів з травмами кисті є системний підхід до використання реабілітаційних засобів різного впливу, які при комплексному їх застосуванні мають забезпечити ефективність реабілітаційного процесу [1, с. 264]. Системний підхід передбачає планомірне поєднання засобів медичної і фізичної реабілітації із засобами психологічного відновлення та соціальної реабілітації. Реалізація такого підходу здійснюється фахівцями мультидисциплінарної команди до складу якої входять: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, протезисти-ортезисти, психологи, сестри медичні з реабілітації, асистенти фізичних терапевтів, ерготерапевтів, соціальний працівник, інші фахівці [4, ст. 18], а сама програма включає комплексне застосування різних технологій, форм, методів і засобів реабілітації.

При системному підході до реабілітації пацієнтів з травмами кисті слід враховувати важкість травми та можливі її наслідки. Так, згідно Міжнародної класифікації функціонування обмеження життєдіяльності і здоров'я можна виділити три групи наслідків, які виникають при травмі кисті: порушення анатомічних структур і функцій кисті; обмеження життєдіяльності; зниження здатності та соціальна недостатність через нездатність [2, с. 21]. Остання в більшій мірі стосується соціальної реабілітації.

При складанні програм фізичної терапії важливо виділити і розкрити адаптаційні можливості відновлення функцій у пацієнта чи компенсаційні зміни, які можуть виникнути в результаті реалізації реабілітаційної програми. При цьому необхідно дотримуватися наступних принципів: індивідуального підходу, своєчасності реабілітаційної допомоги, раннього втручання,

диференційованості та адекватності методик, безперервності та систематичності, етапності і наступності, активної участі, контролю ефективності. Особливе місце в ефективній реалізації реабілітаційних програм займає партнерська співпраця пацієнта з членами мультидисциплінарної команди, що в підсумку забезпечує вищу ефективність реабілітаційного процесу.

Висновок. Системний підхід до реабілітації пацієнтів з травмами кисті має базуватися на етико-деонтологічних засадах та співпраці пацієнта з фахівцями міждисциплінарної команди, що відображається у наскрізному, єдиному плануванні реабілітаційних заходів та розробці відповідної програми. Такий підхід дозволяє сформулювати реабілітаційний діагноз, визначити мету, завдання, розробити реабілітаційну програму, досягнути високої мобільності програми та оцінити ефективність реабілітації.

Список літератури

1. Корольчук А. Особливості методики фізичної терапії у дітей зі свіжими та давніми пошкодженнями кисті / А. Корольчук, А. Сулима, Р. Рушківський, О. Шевченко // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць. Вип. 8 (27). – Житомир: ЖДУ ім. І. Франка. – 2019. – С.264-269.
2. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я [International classification of functioning, limitation of life and health]. Режим доступу: <http://surl.li/dpdwr>
3. Мухін В.М. Концепція фізичної реабілітації пацієнтів після травм опорно-рухового апарату / В.М. Мухін // Спортивна наука України. – 2015. – № 6 (70). – С. 66-72.
4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 03.12.2020р. – № 1053-IX (редакція 19.08.2022 р.) [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. Режим доступу: <http://surl.li/dnpon>

Карина ЛІСТАУ

асист. кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії

та домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Віра ГАРАДЖІЙ

студентка 2 курсу спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ДИТИНИ ВІКОМ ВІД ОДНОГО ДО ТРЬОХ РОКІВ

Розділити розвиток дитини на різні сфери можна вельми умовно. Руховий розвиток, когнітивний розвиток і соціально-емоційна сфера - не можуть розвиватися ізольовано.

Прямоходіння, спілкування та предметна діяльність – основні надбання дитини віком від одного до трьох років. Дитина повинна оволодіти такими навичками, як самостійне вставання з підлоги, самостійна ходьба, присідання із положення стоячи тощо.

Ходьба забезпечує дитині широку орієнтацію в просторі, урізноманітнює її можливості та стимулює подальший розвиток. На формування необхідних вмій та навичок впливає також мовне спілкування.

Для доцільного оперування предметами обов'язково розвивати у дитини дрібну моторику. Найдоцільніше використовувати ігровий метод: з'єднування\роз'єднування предметів, малювання, ліпка з пластиліну, розгортання загорнутих в папір предметів, постановку кубиків один на одного, опускання дрібних предметів в отвори, нанизування на шнурок намистин, переливання рідини із однієї ємності в іншу, гра з ляльками-маріонетками та пальчиковими ляльками тощо.

Кожна дитина – особлива, тож робота фізичного терапевта починається з проведення фізичного обстеження з метою визначення стану та планування програми втручання [2].

Обстеження фізичним терапевтом включає в себе збір суб'єктивної та об'єктивної інформації. До збору суб'єктивної інформації відносимо спостереження та опитування. Зібрати анамнез у дитини дуже тяжка справа. Вона потребує багато часу, вмінь, такту та витримки. Збираючи анамнез потрібно виділяти та відмежовувати достовірні та надумані відчуття дитини та її батьків, значимі та другорядні дані, які вони повідомляють. Питання задавати потрібно чітко, в зрозумілій, дохідливій формі. Обов'язково проводять опитування дитини незалежно від віку. Слід пам'ятати, що у дітей раннього віку їхні скарги заміняють скарги матері, які оснований тільки на її спостереженнях за дитиною. Важливим елементом анамнезу життя дитини є відомості про її фізичний та психічний розвиток. При цьому слід уточнити, коли дитина почала тримати голову, самостійно сидіти, стояти, ходити, коли з'явилася посмішка, як розвивалася мова та різні навички та вміння. Слід з'ясувати умови виховання, поведінки дитини в сім'ї та в дитячому колективі, перенесені захворювання, їх перебіг та ефективність лікування у різні вікові періоди життя.

До об'єктивної інформації належать такі складники, як тестування та вимірювання [1]. На результатах обстеження – проводимо аналіз зібраних даних. Частота занять з гімнастики та пасивної кінезотерапії буде залежати від потреб та цілей, які фахівець фізичної терапії ставить спільно із батьками дитини.

Закріплення вже сформованих і стимуляція наступних рухових навичок згідно нормального розвитку – основне завдання фізичного терапевта при роботі зі здоровою дитиною.

У віці 1 рік 3 місяці дитина ходить самостійно та при потребі змінює позу, відтворює прості дії, зокрема у грі, густу їжу самостійно їсть ложкою. Окремі предмети дитина може назвати, але спрощуючи їх вимову, розуміє назви багатьох оточуючих предметів, повідомляє різними способами про бажання та потреби. 1 рік 6 місяців характеризується тим, що дитина може переступати через невелику перешкоду, повторює часто уживані рухи,

самостійно їсть ложкою рідку їжу, вчиться бігати. Називає предмет, який зацікавив, знаходить серед декількох предметів однакові по значенню, знає близько 10 слів.

У 2 роки дитина добре бігає, відтворює декілька пов'язаних дій, може одягатись за допомогою дорослого. В спілкуванні використовує речення, які містять до 3 слів, розуміє коротке оповідання, слухає читання книжок, особливо яскраво ілюстрованих. Знаходить предмет названого або показаного кольору.

Вік 2 роки 6 місяців характеризується тим, що дитина приставним кроком переступає через декілька невеликих перешкод, може застібати гудзики і зав'язувати шнурки, стрибає. Дитина будує речення з 3 і більше слів, знає своє ім'я, розповідає про себе, виконує певну роль у грі.

У 3 роки дитина переступає через предмети висотою 10-15 см, самостійно одягається, оперує шнурками та гудзиками, може стояти на одній нозі. В спілкуванні використовує складні речення, словарний запас збільшується приблизно орієнтовно до 1500 слів, може переказувати невеликі віршики, знає свій вік, стать, рахує до трьох, грає в прості ігри [3].

Список літератури

1. Герцик А. М. Можливості використання в Україні канадського досвіду організації клінічної діяльності фахівця фізичної реабілітації / А. М. Герцик // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорту : зб. наук. пр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2004. – № 7. – С. 27–35.

2. Клінічне обстеження здорової та хворої дитини / О.Г. Іванько, Л.М.Боярська. – Запоріжжя. – 2008. – с. 134.

3. Педіатрія: підручник / О.В.Тяжка, Н.Г.Горовенко, С.О.Крамарєв [таін.] ; за ред. О.В.Тяжкої ; Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. – Вид. 4-те, виправлене та доповнене. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 1150с.

Остап МУЗИКА

аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Львівського державного університету фізичної культури ім.І.Боберського

Катерина ТИМРУК-СКОРОПАД

докторка наук з фізичного виховання і спорту
професорка кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Львівського державного університету фізичної культури ім.І.Боберського

Юлія Павлова

докторка наук з фізичного виховання і спорту
професорка кафедри теорії та методики фізичної культури,
Львівського державного університету фізичної культури ім.І.Боберського

ПЕРЕКЛАД ТА КРОС-КУЛЬТУРНЕ АДАПТУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ВЕРСІЇ WHODAS 2.0

Вступ. У реабілітаційному процесі інструменти вимірювання, які оцінюють активність та участь є важливими. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) є міжнародно визнаним інструментом, який внесений окремим розділом у МКХ 11 та забезпечує широку реалізацію моделі міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ). За допомогою WHODAS 2.0 можна оцінити як функціонування так і обмеження життєдіяльності, інструмент має достатню чутливість, щоб ідентифікувати зміни, які відбуваються під впливом різних втручань, зокрема реабілітації. Саме WHODAS 2.0 рекомендований DSM-5 Disability Study Group як найліпший інструмент для застосування у наукових дослідженнях і рутинній клінічній практиці.

В Україні відбувається активний процес розбудови системи реабілітації в сфері охорони здоров'я. Поряд з тим гостро відчувається нестача якісно перекладених і валідованих інструментів оцінювання, зокрема, таких які відповідають концепції МКФ та є адаптованими для української популяції. Це

ускладнює клінічні та епідеміологічні дослідження, суттєво обмежує проведення скрінгових досліджень, знижує якість послуг охорони здоров'я. Окрім того, врахування актуального контексту потреб в реабілітації військовослужбовців відповідні інструменти оцінювання повинні бути валідними й для даної групи населення.

Мета валідувати адаптовану українську версію опитувальника WHODAS 2.0 на популяції військовослужбовців.

Матеріали та методи. Учасники дослідження були курсантами Національної академії сухопутних військ імені гетьмана Петра Сагайдачного. Загальна кількість учасників – 256 осіб. Середній вік респондентів першого курсу становив $18,5 \pm 2,2$, другого року – $19,3 \pm 1,76$ і третього – $21,1 \pm 2,8$. Серед опитаних, 141 (55 %) респондентів вказали на виникнення травми та/або больового синдрому за період навчання. Загальна кількість вказаних курсантами травм і больових синдромів становила 246 випадків, 93 (38%) з яких зазначили курсанти першого, 58 (23%) – другого і 95 (39%) – третього курсів. Загальна кількість вилучених з статистичного аналізу анкет внаслідок відсутності усіх відповідей за опитувальником WHODAS 2.0 – 39 анкет.

У роботі використані українські версії WHODAS 2.0 (36 пунктів, для самостійного заповнення) та MOS SF-36.

Опитування респондентів проводили у травні 2021 року.

Опитування відбувалося у формі анкетування із самостійним заповненням опитувальників. Отриманий фінальний варіант WHODAS 2.0 (36 пунктів, для самостійного заповнення) було апробовано серед курсантів Національної академії сухопутних військ імені гетьмана Петра Сагайдачного

Результати. У процесі перекладу WHODAS 2.0 було дотримано усі процедури протоколу, наданого ВООЗ. Основним завданням цього етапу роботи було збереження контекстуальної цілісності опитувальника, аналіз того наскільки терміни / фрази української версії анкети відповідають оригінальній версії. До експертного обговорення було залучено фахівців з реабілітації, зокрема напрямків фізичної терапії, ерготерапії та фізичної й реабілітаційної

медицини. Серед експертів були два національні тренери з МКФ. Остаточна версія анкети була апробована на 259 учасниках – курсантах військового учбового закладу.

За результатами опитування виявлено, що з-поміж 217 опитаних, у 24,42 % (53 учасники) випадках загальна оцінка за опитувальником WHODAS 2.0 становила 0 балів. Середнє значення загальної оцінки решти учасників становила $16,6 \pm 12,05$ бали. Найвищі показники були за доменами «Життєва активність: домашні обов'язки» ($33,27 \pm 22,58$ бали), «Взаємодія з людьми» ($27,52 \pm 18,57$ бали) та «Життєва активність: робота / навчання» ($26,83 \pm 19,20$ бали); найнижчі показники були за доменами «Розуміння та спілкування» ($19,30 \pm 13,98$ бали) і «Догляд за собою» ($19,38 \pm 11,05$ бали).

За опитувальником MOS SF-36 рівень енергійності у респондентів був низьким ($63,42 \pm 21,05$). Згаданий показник наближається до низького рівня (≤ 50 балів), що є критичним зважаючи на професію, яку здобувають респонденти. Також у середньому діапазоні (75 балів $\geq x \geq 50$ балів) знаходяться показники якості життя за шкалами психологічне здоров'я і загальний показник здоров'я. Значення психічного компонента якості життя було нижчим, ніж популяційні норми.

Висновки. Українська версія опитувальника WHODAS 2.0 з 36 пунктів (версія для самостійного заповнення) проста у використанні та підходить для використання у формі інтерв'ю для оцінювання стану здоров'я, функціонування та обмеження життєдіяльності загальної популяції. Даний опитувальник можна використовувати щоб швидко отримати інформацію про загальний рівень обмеження життєдіяльності в популяції, а також для вивчення окремих категорій населення із порушеннями у стані здоров'я.

Юрій ПАЛІЧУК

к.пед. н., доцент,

доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини,

Буковинський державний медичний університет

ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я СТАРШОКЛАСНИКІВ ЗА ДОПОМОГОЮ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМ ВИХОВАННЯМ

На сьогодні актуальним стає питання вдосконалення системи фізичного виховання дітей старшого шкільного віку, яке в свою чергу привертає до себе надзвичайно велику увагу і породжує критику в контексті тенденцій розвитку освітніх систем. Для України це особливо актуально у напрямі подальшого розвитку системи фізичного виховання підростаючого покоління, адже сьогодні освіта України характеризується динамікою поглиблення процесів удосконалення змісту, форм і методів навчання школярів [2].

Фізичне виховання у школі є важливою складовою розвитку особистості школяра. Вона входить обов'язковим розділом у гуманітарний компонент освіти, значимість якого визначається, насамперед, формуванням таких загальнолюдських цінностей, як здоров'я, фізичне й психічне благополуччя, фізична досконалість.

Таким чином, система фізичного виховання сама по собі є потужним засобом формування, збереження та зміцнення здоров'я людини, яким, зрозуміло, аж ніяк не можна нехтувати.

Багато науковців на сьогодні зазначають, що рухова активність займає чільне місце в середовищі існування, та зазначають що рухова активність є одним з головних чинників покращення фізичного стану школярів. Водночас, обсяг рухової активності підлітків не забезпечується їх способом життя та організацією фізичного виховання. Про це свідчить наявність різних відхилень в стані здоров'я і фізичного розвитку дітей старшого шкільного віку, що вважається наслідком недостатнього рухового режиму [1,4].

Аналіз літератури, яка вміщує дані про рухову активність старшокласників показує, що дана проблема є об'єктом уваги великої кількості спеціалістів, котрі визначають важливість і необхідність покращення фізичної підготовленості школярів.

Так, до основних проблем, що впливають на якість фізичного виховання школярів, можна віднести недостатній рівень матеріально-технічного оснащення шкільних спортивних залів, недостатній рівень фінансування шкільної фізичної культури, недостатню кількість спортивних секцій, як в школах, так і за її межами, обмежену кількість дитячо-юнацьких спортивних шкіл, відкритих спортивних майданчиків, інших спортивних споруд та ін. Ця проблема посилюється ще тим, що останніми роками, у зв'язку з підвищенням вартості фізкультурно-оздоровчих послуг, а також зростанням цін на спортивну екіпіровку та інвентар для більшості дітей заняття фізичною культурою стали взагалі недоступними. Також дослідження ряду авторів показує, що якість фізичного виховання в багатьох школах не відповідає сучасним вимогам, інтересам і потребам дітей [3].

Поліпшення якості системи фізичного виховання повинне бути пов'язане із впровадженням у навчальний процес нових науково обґрунтованих методик, із застосуванням новітніх інноваційних технологій, спрямованих на залучення старшокласників до цінностей фізичної культури на основі реалізації їх мотивів, інтересів і потреб.

Список літератури

1. Андрєєва О.В. Характеристика чинників, що лімітують впровадження позакласної роботи у старшій школі / О.В. Андрєєва, Н.В. Ковальова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. Наук.-теорет. журнал. – №2. – Київ. – 2013. – С. 45-53.

Оксана ПОЛЯНСЬКА

д.мед.н, професор кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації
та спортивної медицини
Буковинського державного медичного університету

РОЛЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Збільшення кількості постраждалих внаслідок бойових дій і військових травм, які потребують протезування кінцівок і тривалої фізичної реабілітації, яка може дозволити їм повернутися до звичного життя є актуальною проблемою в Україні на сьогоднішній день [1, с.34-37; 2, с.15-19]. Непрацездатність, інвалідизація хворих та висока летальність обумовлюють пошук нових засобів та методів фізичної реабілітації для осіб після ампутацій. Основними причинами при ампутаціях є травми опорно-рухового апарату, цукровий діабет і судинні ураження кінцівок [3, с.20-22]. Проблема фізичної реабілітації після ампутації визначається значними локомоторними порушеннями, що обмежують людину в пересуванні, самообслуговуванні, порушенні постави, зниженні резервних можливостей організму, толерантності до фізичних навантажень та обмеженням життєдіяльності. Виділяються певні етапи при реабілітації таких пацієнтів: стан перед ампутацією, при ампутації, після ампутації, період перед протезуванням, післяпротезний та довічний догляд. Кожен етап характеризується певними особливостями ведення пацієнтів, які включають підготовку пацієнта до оперативного втручання, особливості бинтування після проведеної ампутації з проведенням спеціальних вправ і правильного положення тіла, особливого підходу до харчування, заміри тонуусу і сили м'язів.

При огляді пацієнтів з ампутаціями лікарю фізичної та реабілітаційної медицини дуже важливо відібрати осіб на реабілітацію, які цього потребують з метою зниження частоти ускладнень. Рекомендується пацієнту разом з фізичним терапевтом починати фізичні вправи після операції або після повного

загоєння хірургічної рани з ретельним їх виконанням, без впливу на ділянку хірургічної рани. Фізичний терапевт повинен навчити пацієнта, що у перший тиждень після операції кожен вправу треба виконувати 10 разів тричі на день. Далі треба поступово збільшувати кількість повторів до 20 - 3 рази на день. Рекомендовано лягати на живіт на 15-20 хвилин 3 рази на день, піднімати куку на 5-6 см від ліжка та рухати її вбік і назад. Також необхідно виконувати вправи такою здоровою ногою. У разі ампутації нижче коліна, необхідно виконувати вправи з випрямленим колінним суглобом. На сьогодні розроблені програми фізичної реабілітації щодо підвищення ефективності відновлення з використанням нових технічних засобів з виконанням на них спеціальних фізичних вправ.

Протезування нижньої кінцівки проводиться за необхідністю після самої операції, що допомагає людині повернути її до звичного способу життя. Впровадження та розроблення сучасних технологій і засобів виготовлення протезно – ортопедичних виробів вимагає від фахівців і науковців впровадження сучасних та новітніх підходів до фізичної реабілітації осіб працездатного віку після ампутації кінцівок.

Список літератури

1. Ампутації кінцівок внаслідок сучасних бойових дій, клініко-анатомічний аспект/Гур'єв С.О., Лисун Д.М., Кушнір В.А., Кураченко І.П. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2018. № 3-4(108). С.34-37.

2. Ампутації кінцівок у військовослужбовців внаслідок артилерійських ударів в зоні проведення антитерористичної операції на сході України /Бур'янов А., Беспаленко А., Цема Є., Дінець А. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2017. 3(102). С.15-19.

3. Пінчук. О. І., Радецька Л. В., Коноваленко С. О. Аналіз проведених ампутацій кінцівок та ефективності реабілітаційних заходів у пацієнтів із фантомно-больовим синдромом/ *МЕДСЕСТРИНСТВО*. 2018. № 1. С.20-22.

Віталія РОМАНЮК

магістр 6 курсу спеціальності " Фізична терапія та ерготерапія"

Львівського державного університету фізичної культури

імені Іван Боберського

Оксана ФЕДОРОВИЧ

к. н.фіз. вих. та спорту, доцентка,

кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Львівського державного університету фізичної культури

імені Іван Боберського

ТАНЦТЕРАПІЯ ДЛЯ ПОЛІПШЕННЯ КООРДИНАЦІЇ ТА ХОДИ У ОСІБ ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Актуальність. На сьогодні у світі зареєстровано понад 10 млн людей, хворих на хворобу Паркінсона (ХП), що належить до невиліковних. Згідно зі статистикою МОЗ, в Україні зареєстровано понад 23 000 людей із хворобою Паркінсона, або 61,4 на 100 000 населення. Кожного року про цей діагноз дізнаються від лікарів 2 500 українців.

Науковіці Н. Вольєва, 2015, А. Гакман, 2019, В. Тудоси, 2020 та ін. рекомендують після встановлення остаточного діагнозу відразу переходити до виконання фізичних вправ з охопленням всіх м'язових груп і рухів у суглобах, під наглядом спеціаліста. Фізична терапія дозволяє тренувати саме ті групи м'язів, які допомагають у боротьбі з виявленими порушеннями рухової сфери. [1, с. 271–275; 3, с. 202–206].

Ступінь досліджуваності проблеми. Над питанням ефективності танцетерапії для поліпшення координації та ходи у осіб із хворобою Паркінсона працювали чимало науковців. Особливості використання танцетерапії досліджувалися в роботах Л. Федоришин, Я. Саноцький, Н. Кардош, Н. Вольєва, А. Вовканич, О. Суховерская, А. Гакман та інші.

Мета. Метою нашого дослідження є обґрунтувати і оцінити вплив танцетерапії на координаційні функції для покращення ходи у пацієнтів з хворобою Паркінсона.

Методи дослідження: метод теоретичного аналізу та узагальнення науково-методичних літературних джерел, соціологічні, функціональні, медико-біологічні методи дослідження, також здійснювалось вимірювання показників, опрацьовувались отримані дані за допомогою методів математичної статистики.

При розробці програми танцетерапії для осіб з ХП для оцінки їх здоров'я та обмежень орієнтувалися на Міжнародну класифікацію функціонування. Цей інструмент враховує структуру і функції організму, рівень активності людини та її участі в соціальних ситуаціях, а також фактори зовнішнього середовища та особистісного впливу [2, с. 16–24].

Для того, щоб програма танцетерапії була ефективною та характеризувалася достатнім рівнем позитивних змін в організмі хворого, довгострокові та короткострокові цілі визначають з урахуванням вимог SMART-формату. Так, основною метою при реабілітаційному втручанні з приводу ХП нами було визначено – відновлення або компенсацію порушених та підтримки наявних, збережених функцій [4, с. 64].

Ефективність розробленої програми фізичної терапії визначали у процесі формувального експерименту розробивши для того комплексну танцювальну програму, в якій врахували усі поставлені нами цілі.

Комплекс танцювальної програми складається з наступних етапів:

1. **Розминка**, в положенні сидячи на стільці зі спинкою, та або стоячи. Під час розминки пацієнт(ти) обов'язково усі вправи виконують перед дзеркалом.

2. В **основній** частині заняття йде вивчення танцювальних елементів перед дзеркалом, що складається із 2х частин: у першій частині заняття йде вивчення танцювальних кроків окремо, у другій - поєднання вивчених елементів у танцювальний малюнок (зв'язку).

Для даної категорії пацієнтів ми рекомендуємо навчатись найпростішим танцювальним крокам, які використовують танцюристи, не використовуючи складних елементів. Спочатку усі кроки виконуються під повільний рахунок, потім усі пробують виконати їх під музичний супровід.

Приклади кроків для вивчення: *Приставний крок*. Крок правою вперед на всю стопу, ліва позаду, вагу тіла перенести на праву і найкоротшим шляхом приставити ліву до правої, зберігаючи рівновагу. Те саме лівою. Приставний крок може виконуватись: вперед, назад, вправо та вліво. Починати навчання необхідно з виконання приставних кроків в сторону, а потім вперед та назад. Спочатку рекомендується виконувати кроки повільно, а потім розбити їх виконання у повільному темпі на два рахунки. Потім кроки виконуються у більш швидкому темпі на один рахунок під музичний супровід. При виконанні цієї вправи потрібно пам'ятати про те, щоб пацієнт робив довгий крок. Так можна виконувати кроки і назад, тобто поперемінно або з якоїсь однієї ноги (лівої або правої), пам'ятаючи що нога постійно приставляється до ноги.

Перемінний крок. Виконується на два рахунки вперед, назад, в сторону з поворотом кругом, і складається з двох кроків: приставного кроку та кроку вперед ногою, яка стоїть попереду. Наступний крок виконується іншою ногою. Перемінний крок назад виконується так як і вперед, але рух назад починає нога яка стоїть ззаду і додається невеликий поворот тулуба і голови в сторону, тієї ноги, яка крокує назад.

Якщо запропоновані танцювальні кроки піддалися вивченню, відтворенню і засвоєнню, тоді до основної частини можна добавляти такі танцювальні кроки, як гострий крок, пружинний крок, крок „каблук”, перекаатний крок, м'який крок, високий крок, схресний крок, широкий крок.

У *заключній* частині заняття ми рекомендуємо використовувати дихальні, вібраційні та вправи на розтяг певних груп м'язів.

Наша програма рекомендована як для індивідуальних, так і для групових занять. В процесі вивчення простих танцювальних кроків перед дзеркалом можна також використовувати зовнішні допоміжні сигнали, якими можуть бути

намальовані на підлозі квадрати на які людина виконуючи рух, обов'язково має наступити, що дозволить нам досягнути бажаного ефекту, як видовження кроку. Оскільки багато пацієнтів з ХП мають проблему із початком руху, корисним буде використовувати також розгойдування тулуба, для того щоб розпочати крок. Більшість людей з ХП на відповідному етапі свого захворювання мають проблеми з ходьбою. Кроки сповільнюються і вкорочуються і при подальшому прогресуванні захворювання ці рухові порушення збільшуються. Зменшення довжини кроку та висоти підняття стопи найчастіше призводить до падінь. Отож усі танцювальні рухи можуть такої процес сповільнити, а також в процесі регулярних занять покращити рівновагу і зменшити частоту падінь.

Звичайно, музичний супровід теж виступатиме додатковим сигналом, особливо, якщо доповнювати його рахунком такту вголос чи хлопками. Власне використання кількох чинників, які мають вплив на процеси запам'ятовування, відтворення і вдосконалення рухової навички допоможе на нашу думку таким пацієнтам довше зберегти рухливість, самостійність у побуті і можливість самостійно пересуватись.

Під час заняття потрібно уникати подвійного завдання (наприклад, розмови), тому що довжина кроків різко зменшується. Про це теж слід пам'ятати, коли проводиться танцювальне заняття. Обов'язковим є демонстрація завдання як дзеркальному так і не дзеркальному виконанні елементів. Можна для кращого запам'ятовування, або ускладнення завдань, розпочинати навчання перед дзеркалом, а пізніше пробувати виконувати завдання без дзеркала.

Основні висновки. Розроблена нами програма танцювальної терапії може слугувати одним із ефективних засобів для сповільнення прогресування рухових дисфункцій, пов'язаних із порушенням координації і ходьби в пацієнтів з ХП. На нашу думку використання даної програми у пацієнтів значно покращить якісні характеристики ходьби, рівноваги та координації; значно збільшить загальний рівень рухової активності пацієнтів із ХП.

Перспективи подальших досліджень. Надалі передбачається розробити алгоритм програми танцтерапії із врахуванням засобів і методів фізичної реабілітації для зменшення проявів рухових порушень у пацієнтів залежно від форми і стадії захворювання та розпочато впровадження даної програми на контрольній групі пацієнтів.

Список літератури

1. Вольєва Н., Вовканич А. Фізична реабілітація осіб похилого віку з руховими порушеннями при хворобі Паркінсона. Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту та здоров'я людини. 2013. Вип. 17. Т. 3. С. 271–275.

2. Суховерская О. Болезнь Паркинсона и паркинсонические синдромы: диагноз и лечение. Международный неврологический журнал. 2011. № 6. (44). С. 16–24.

3. Тудоси В. Г. Особливості застосування засобів фізичної терапії при хворобі Паркінсона. Art of Medicine. 2020. № 1 (13). С. 202–206.

4. Федоришин Л. В., Саноцький Я. Є., Кардош Н. М. Хвороба Паркінсона: метод. реком. – Львів: Видавництво МС, 2006. С. 64.

5. Хвороба Паркінсона : сучасні аспекти діагностики і лікування : навчальний посібник для студентів IV курсу медичного факультету вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації по спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія», лікарів-інтернів спеціальності «Неврологія», лікарів неврологів, сімейних лікарів / О. А. Козьолкін, А. В. Ревенько, С. О. Медведкова. 2-ге видання, допрацьоване та доповнене – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 158 с.

6. Шкала Хен и Яра (1967). Унифицированная шкала оценки боленни Паркинсона Международного общества расстройств движений (MDS UPDRS). Режим доступу: <https://www.openneuro.ru/doctors/shkaly-i-oprosniki/hoehn-yahr>.

Яна РОТАР

асистент кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги,
Чернівецький національний університет

імені Юрія Федьковича

Віталіна МЕЛЬНИЧУК

студентка 2 курсу

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

ПРОСТОРОВЕ ПЕРЕМІЩЕННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Однією з найважливіших властивостей тіла людини є пересування в просторі. Цю функцію виконує опорно-руховий апарат. Положення тіла у просторі характеризується відношенням його до трьох взаємоперпендикулярних площин – сагітальної, фронтальної горизонтальної. Сагітальна площина (від латинського *sagittalis* – стріловий) поділяє тіло на праву та ліву частини. Фронтальна площина (лобова) проходить справа наліво або зліва на право і поділяє тіло на передню та задню частини тіла. Горизонтальна площина (поперечна) паралельна до опорної поверхні, розділяє тіло на верхню та нижню частини. Для опису рухів у суглобах в анатомії використовують три основні осі:

сагітальна вісь (стріла) спрямована спереду назад, перпендикулярно фронтальній площині.

рухи: приведення, відведення, бокові нахили.

фронтальна вісь проводиться зліва направо, чи справа на ліво, перпендикулярно сагітальній площині.

рухи: згинання, розгинання.

вертикальна вісь спрямована зверху вниз, перпендикулярна горизонтальній площині.

рухи: зовнішня і внутрішня ротація, супінація, пронація.

Відносно зазначених площин розрізняють таке розташування частин тіла (точок та ін., напрямки руху):

- латеральний (бічний) — розташований ближче до бічних поверхонь тіла відносно серединної площини (вбік від середини),
 - медіальний — ближче до серединної площини;
 - краніальний – розташований ближче до голови (верхній);
 - каудальний – розташований ближче донизу, хвостовий;
 - вентральний – розташований на передній, черевній стороні.
- дорзальний – розташований ближче до задньої частини тіла, до спини;

Стосовно кінцівок користуються термінами:

- проксимальний - лежачий ближче до тулуба;
- дистальний - розташований далі від тулуба.

Для визначення розташування і положення тіла в просторі а також органів використовують три взаємоперпендикулярні анатомічні площини, які уявно можна провести через будь яку точку органа чи ділянку тіла людини

Тетяна ТЕМЕРІВСЬКА

к.пед. наук,

доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії

та домедичної допомоги

Чернівецького національного університету

імені Юрія Федьковича,

Наталія ГАРАСИМ

Магістрант 5 курсу кафедри фізичної реабілітації,

ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецького національного університету

імені Юрія Федьковича

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ ХВОРИХ НА ПАРКІНСОНІЗМ

Хвороба Паркінсона - одне з найбільш поширених неврологічних захворювань людей похилого віку, яке зустрічається у 1-2% в популяції осіб старше 65 років. Невтішна статистика останніх років свідчить про збільшення частоти даного захворювання в більшості країн світу, в тому числі і в Україні, що пов'язують із зростанням середньої тривалості життя, несприятливими екологічними факторами і удосконаленням діагностики цієї патології.

Незважаючи на те, що діагноз хвороба Паркінсона базується на виявленні специфічних рухових проявів та психічними порушеннями, які є характерним для цього захворювання. Психічні розлади спостерігаються на всіх стадіях хвороби Паркінсона і часто передують її руховим проявам. На пізніх стадіях хвороби Паркінсона психічні розлади починають домінувати як фактори, що впливають на якість життя пацієнта, і стають більш важливими і інвалідоформуючими, ніж моторні порушення, складаючи непереборні труднощі для самих хворих і опікунів. До найбільш частих психопатологічних феноменів хвороби Паркінсона відносять депресії, тривожні, галюцинаторно-параноїдні і когнітивні порушення.

Мета комплексного підходу у реабілітації - максимально можливе розширення повсякденної активності пацієнтів, які мають хворобу Паркінсона. Регулярна програма терапевтичних вправ, фізіотерапія сприяють поліпшенню фізичного стану пацієнтів та навчання їх стратегіям адаптації.

До комплексного відновлення при паркінсонізмі повинні входити терапевтичні вправи, проте необхідно пам'ятати, що вони не зможуть забезпечити бажаний результат при наявності контрактур, дистонії і зниженні витривалості. Вони допомагають на початковому етапі захворювання і забезпечують хороший результат.

Вправи виконуються лежачи, сидячи або стоячи для тренування всіх груп м'язів, забезпечуючи розслаблення для зниження ригідності, включаючи

повільні ритмічні обертальні рухи, згинання та розгинання тулуба, ізометричні вправи і розтягнення.

Необхідно навчити пацієнта правильного сидячого положення і контролю над пасивними і активними рухами, вправи на рівновагу, координацію рухів та анаеробні навантаження для активації функціонування серця і судинної системи у вигляді плавання або тренувальної ходьби.

Не варто забувати про роботу м'язів та навчання глибокому вдиху перед кожною фразою, в тому числі виконання дихальних вправ. Особливу увагу слід приділити тренуванню на велоергометрі і вправам на функціональну активність (переклад тіла з лежачого стану в сидяче).

Ефективність терапевтичних вправ залежить від ступеня і активності захворювання, чим раніше починається використання, тим вище ймовірність досягнення максимальних результатів. Вони не здатні повністю запобігти прогресуванню патологічного процесу, проте з їх допомогою відзначається уповільнення проявів симптомів та розвитку інвалідності, пошкодження м'язових і кісткових структур вторинного генезу внаслідок відсутності повноцінної фізичної активності пацієнта, а також поліпшення загального стану людини.

При нерегулярному застосуванні відзначається формування контрактур важкого ступеня навіть при наявності патогенетичної терапії.

Масаж відіграє важливу роль при паркінсонізмі, його терапевтичні можливості спрямовані на відновлення здатності пацієнта нормально рухатися, сприяє збільшенню м'язової рухливості та впливає на центральну нервову систему. Масаж рекомендується виконувати кожен день або через день, що в комплексі з лікарськими засоби, фізіотерапевтичними процедурами і терапевтичними вправами забезпечує хороший ефект. Масаж найбільш ефективний в поєднанні з сірководневими ваннами, купаннями в морській воді, індуктотерапія і електрофорезом з лікарськими препаратами.

Масаж при паркінсонізмі виконується на комірцеву зону, спину, особливо в паравертебральній зоні, і кінцівках. Тривалість масажу становить чверть

години. Кількість процедур досягає 15-20-ти, за умови регулярного їх проведення.

Для виконання поставлених завдань необхідно використовувати погладження спочатку масажу. Воно може бути прямим, комбінованим, зигзагоподібним, колоподібним або поперемінним. Це дозволить розслабити і підготувати м'язи до більш суттєвих прийомів. Далі застосовується розминка, розтирання і ударні прийоми та вібрація, завдяки яким тонізуються м'язи.

Список літератури

1. Canadian Guidelines on Parkinson's Disease / D. Grimes¹ [et al.] // Can. J. Neurol. Sci. – 2012. - Vol. 39, Suppl 4. S1-S30.

РОЗДІЛ 5.

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ТРЕНУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТСМЕНІВ

Євген ВЯЛКОВ

студент-магістрант 1 курсу спеціальності 227 Фізична терапія
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка

Яна КОПИТІНА

к.фіз.вих., доцент
доцент кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії
Навчально-наукового інституту фізичної культури
Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МАНУАЛЬНИХ ТЕХНІК ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ У СПОРТСМЕНІВ-ФРИСТАЙЛІСТІВ

Актуальність. Відновлення є важливою складовою підготовки спортсменів високої кваліфікації. Особливо, якщо говорити про найбільш престижні та виграшні види спорту для України: біатлон, гімнастика, греко-римська боротьба, дзюдо, фехтування, фристайл тощо. Про останній з них і піде мова, оскільки саме фристайлісти вже другий олімпійський цикл поспіль здобувають нагороди на Олімпійських іграх в додачу до численних медалей кубків світу та Європи.

Мета дослідження – здійснити теоретичний аналіз застосування драйнідлінгу, мобілізації м'яких тканин та масажу різних технік при міофасціальному больовому синдромі.

Викладення матеріалу. Фізичний терапевт, який працює в складі національної збірної України з кожного виду спорту, має досконало володіти

різними формами кінезіотерапії, оскільки вони є невід'ємною складовою відновного, а нерідко й частиною тренувального процесу. Очевидно, що правильне виконання фізичних вправ перед специфічними тренуваннями є запорукою того, що організм буде готовим до виконання цього самого навантаження, також це гарантує зниження травматизації в наслідок різких рухів чи не зовсім правильної техніки виконання тощо. Використання правильно підібраних ролів дозволить знизити підвищений м'язовий тонус після тренування та пропрацювати тригерні ділянки, які зазвичай і є причиною больового синдрому в спортсменів. І подібних аналогій можна провести безліч.

Проте, на рівні з методиками кінезіотерапії, в роботі зі спортсменами рівня національної збірної України необхідно використовувати і засоби пасивного відновлення, такі як: масаж, мануальну терапію, кінезіотейпування, акупунктуру, драйнідлінг, преформовані фізичні чинники тощо. Оскільки спортсмени є чи не єдиним контингентом фізичного терапевта, які не мають дефіциту рухової активності у своєму анамнезі. А зважаючи, що основною причиною звернення до фізичного терапевта є саме міофасціальний біль різних ділянок тіла, розглянемо сучасні мануальні техніки, які можуть його усунути.

Так К. L. Brennan та В. С. Allen [1, с. 232] порівнювали ефективність методу «сухої голки» з ін'єкціями кортикостероїдів при больовому синдромі великого вертлюга стегнової кістки. За результатами дослідження метод драйнідлінгу у лікуванні больового синдрому великого вертлюга стегнової кістки, хронічного болю, хворобливості на зовнішній стороні стегна виявився таким же ефективним, як і ін'єкції кортикостероїдів у зменшенні болю та покращенні проблем з рухом, спричиненого цим станом. Це дозволило знизити кількість медикаментозної терапії в ході лікування.

IASTM-терапія є ефективним методом впливу на міофасціальну тканину людського організму за допомогою спеціальних інструментів – блейдів. Даний метод активно застосовується у практиці відновлення спортсменів високої кваліфікації. Наприклад, при застосуванні IASTM двічі на тиждень протягом 4 тижнів у пацієнтів з латеральним епіконділітом, показники DASH знизилися

більше, ніж у групи пацієнтів, які використовували ексцентричні вправи, та їх максимальна сила хвата збільшилася [2, с. 1043]. Також відомо про застосування IASTM терапії тричі на тиждень протягом приблизно 22 днів у пацієнтів, госпіталізованих з приводу травми ахілового сухожилля, призвело до значного збільшення відстані ходьби; пацієнти, які мали труднощі при ходьбі на 180 м до застосування IASTM, змогли збільшити відстань ходьби до 390 м після IASTM [3, с. 201].

Отже, зважаючи на високу терапевтичну ефективність розглянутих методів впливу на міофасціальну тканину спортсменів, їх можна застосувати у процесі відновлення фрістайлістів високої кваліфікації, оскільки в процесі підготовки до виступів вони активно тренують більшість великих м'язових груп тіла та страждають на міофасціальний больовий синдром внаслідок травм, високої інтенсивності та специфічності тренувального процесу.

Список літератури

1. Brennan K. L., Allen B. C., Maldonado Y. M. Dry Needling Versus Cortisone Injection in the Treatment of Greater Trochanteric Pain Syndrome: A Noninferiority Randomized Clinical Trial // *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2017. № 4 (47). С. 232–239.
2. Weber J., Buchhorn T. Midportion-Tendinopathien der Achillessehne // *Unfallchirurg*. 2017. № 12 (120). С. 1038–1043.
3. WI H., MT P. Treatment of a case of subacute lumbar compartment syndrome using the Graston technique // *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2005. № 3 (28). С. 199–204.

Едуард ДОРОШЕНКО

завідувач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я
Запорізького державного медичного університету

Сергій МИРНИЙ

доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини
Запорізького державного медичного університету

Микола ЩУРОВ

завідувач кафедри онкології та онкохірургії
Запорізького державного медичного університету

ЗАСОБИ АЕРОБІКИ У ПІДГОТОВЦІ СПОРТСМЕНІВ СТУДЕНТСЬКОЇ ЗБІРНОЇ КОМАНДИ З ФУТЗАЛУ

Вступ. Футзал є популярним видом спорту у студентському середовищі. Студентський футзал є вагомим підґрунтям для розвитку та вдосконалення професійного футзалу. Саме тому, проблемні питання вдосконалення спортивної підготовленості гравців студентських збірних команд з футзалу є актуальними і своєчасними. Існує науковий консенсус думок, що ефективна реалізація техніко-тактичного потенціалу спортсменів у футзалі неможлива без досягнення відповідного рівня розвитку їх рухових якостей, функціональної, загальної та спеціальної фізичної підготовленості [3]. Питання розвитку науково-методичних підходів стосовно форм, методів і засобів розвитку рухових якостей спортсменів висвітлені у науково-методичній літературі [5]. Для подальшого розвитку та вдосконалення цих наукових знань, пропонуються сучасні інноваційні технології на основі використання засобів аеробіки у процесі вдосконалення рівня функціональної, загальної та спеціальної фізичної підготовленості спортсменів у футзалі. На рівні професійних спортсменів, ця проблематика отримала вирішення у дослідженнях [1, 4]. Отже, проблемні питання стосовно використання засобів аеробіки у процесі спортивної підготовки студентських збірних команд з футзалу залишаються остаточно невирішеними.

Мета дослідження – аналіз використання засобів аеробіки у процесі спортивного тренування студентської збірної команди ЗДМУ з футзалу.

Матеріал і методи: аналіз наукової та методичної літератури, аналіз документів планування тренувального процесу; педагогічні тестування.

Результати дослідження. Контент-аналіз документів планування тренувального процесу та аналіз результатів педагогічних спостережень стосовно розподілу засобів у річному макроциклі підготовки студентської збірної команди ЗДМУ з футзалу дозволяє констатувати наступне: спеціальні техніко-тактичні вправи з акцентованим розвитком координаційних якостей і спритності – близько 20% часу; спеціальні вправи на розвиток і вдосконалення витривалості – близько 15% часу; спеціальні вправи на розвиток і вдосконалення швидко-силових якостей – близько 15% часу; вправи на релаксацію, розвиток гнучкості та амплітуди рухів – близько 10% часу; вправи інтегральної спрямованості, ігрові та змагальні вправи, контрольні ігри – близько 35% часу від загального обсягу; інші вправи (в тому числі, допоміжні) – близько 5%.

Ефективність цієї системи спортивної підготовки підтверджена успішними виступами збірної команди ЗДМУ у Чемпіонатах України з футзалу у період 2016-2020 років.

У загальному вигляді технології спортивної підготовки спортсменів студентської збірної команди ЗДМУ з футзалу містять такі компоненти: засоби загальної фізичної підготовки (кросфіт; TRX-вправи; степ-аеробіка); засоби спеціальної фізичної та функціональної підготовки (НІТ; fartlek); засоби релаксації та стретчингу (MFR, Stretching). Аналогічні дослідження (на матеріалі футболу) свідчать, що показники фізичної підготовленості спортсменів протягом макроциклу збільшуються у результатах тестів на гнучкість на 16,8-26,8%, комплексному тесті «Yo-Yo» – на 15,6-15,9%, кидків набивного м'яча – на 16,3-21,9%, у тестах «удар м'яча на дальність» – на 6,7%, «поперековий шпагат» – на 7,2%, «шпагат на ліву (праву) ногу» – на 8,7% [2]. Звісно, що прямі екстраполяції аналогічних показників висококваліфікованих футболістів і студентів-спортсменів, які спеціалізуються на футзалі, не є предметом наукового порівняння, але можна констатувати, що ці дослідження є перспективними, а їх результати є актуальними.

Висновки. Під сучасними технологіями на основі використання засобів

аеробіки у футзалі розуміють комплекс наукових методів, прийомів і засобів, які сформовані у відповідний алгоритм дій для підвищення загальної, спеціальної фізичної та функціональної підготовленості. Впровадження засобів аеробіки у систему підготовки студентських команд з футзалу дозволить сформуванню підґрунтя для ефективної реалізації техніко-тактичного потенціалу спортсменів у змагальній діяльності на основі напрацювання відповідної морфо-функціональної спеціалізації їх організму.

Список літератури

1. Кокарева С.М., Дорошенко Е.Ю., Кокарев Б.В. та ін. Моніторинг спеціальної працездатності, фізичної та функціональної підготовленості футболістів 19-21 років. *Sciences of Europe*. 2021. 65, 19-23.

2. Кокарева С.М. Підвищення фізичної підготовленості висококваліфікованих футболістів на основі використання інноваційних засобів фітнес-тренінгу: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту: [спец.] 24.00.01 «Олімпійський і професійний спорт». Харків: ХДАФК, 2021. 20.

3. Лісенчук, Г.А., Хмельницька, І.В., Кокарева С.М. & та ін. (2021). Фітнес-тренінг як засіб підвищення фізичної підготовленості висококваліфікованих футболістів. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фіз. культура і спорт)*. 7 (138), 77-82.

4. Нестеренко Н., Порохнявий А. (2022). Вплив засобів футболу на рухові здібності студентів 18-19 років на заняттях з фізичного виховання. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фіз. культура і спорт)*. 4 (149), 73-77.

5. Платонов, В.М. (2017). Рухові якості та фізична підготовка спортсменів. К.: *Олімпійська література*, 656.

ЗАСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ФУТБОЛІСТІВ

Сучасний футбол обумовлений значною інтенсивністю ведення гри, високим рівнем атлетизму і жорсткості в боротьбі за м'яч, підвищенням швидкісних дій в поводженні з м'ячем, почастишенням атак з розширеною зоною обстрілу воріт суперника, грою на випередження, високими вольовими якостями. У цих умовах повноцінне відновлення працездатності і використання різних методів його стимулювання набуває першочергового значення.

Сучасні підходи до оптимізації тренувального процесу спортсменів передбачають ефективне використання засобів відновлення спортивної працездатності. Це зумовлено тим, що при великих навантаженнях повторне тренування відбувається на фоні загального і локального невідновлення функціональних можливостей організму спортсмена. Тому перед спеціалістами постійно виникає проблема максимально можливого відновлення працездатності спортсменів після попереднього навантаження перед наступним тренуванням чи змаганням.

Виконання високих за обсягом та інтенсивністю тренувальних навантажень футболістів створює додаткові труднощі у доборі оптимального режиму роботи і відпочинку, які б мали раціонально забезпечувати повноцінне виконання роботи різної спрямованості та ефективне протікання адаптаційних і відновлювальних реакцій в організмі. [1, с. 212]

Існує два взаємопов'язаних шляхи розв'язання цієї проблеми: перший – оптимізація різноманітних структурних одиниць тренувального процесу; другий – цілеспрямоване застосування різноманітних засобів відновлення працездатності.

Отже, узагальнюючи проведене дослідження зроблено ряд висновків:

1. Встановлено, що втома – особливий вид функціонального стану людини, що тимчасово виникає під впливом тривалої та інтенсивної роботи і призводить до зниження її ефективності. Втома проявляється в зменшенні сили м'язів, погіршенні координації рухів, в зростанні затрат енергії для виконання однієї і тієї ж роботи, у вповільненні рухових реакцій та обробки інформації тощо.

2. Відновлення – процес, що протікає як реакція на втому та спрямований на відновлення порушеного гомеостазу та працездатності. Відновлення після фізичних навантажень означає не просто повернення функцій організму до вихідного рівня. [2, с. 367]

3. До основних фізичних засобів відновлення працездатності фахівці відносять: масаж, гідропроцедури, електропроцедури, магнітотерапія, аероіонізація, світлові опромінення, ультразвук, гіпероксія, фонофорез.

4. Важливою функцією відпочинку є відновлення мотивації, поліпшення уваги, зменшення стресу після тренувань чи змагань. Психологічне напруження у спортсменів можуть спричиняти різноманітні чинники, серед яких: інтенсивні тренування із значними фізичними навантаженнями, взаємини з товаришами по команді, із тренером тощо.

5. Важливий напрям у сучасній комплексній системі відновлення – цілеспрямована регуляція обміну речовин лікарськими засобами і продуктами спеціалізованого харчування. Багато вчених визнають право спортсмена на фармакологічну підтримку та погоджуються, що вона дозволяє швидше поповнити пластичні й енергетичні ресурси організму, активізувати ферменти, прискорити виведення продуктів катаболізму.

6. Раціональне харчування спортсмена є неодмінною умовою поповнення значних енерговитрат під час і після тренувань і змагань. Воно забезпечує поповнення енергетичних ресурсів організму та надходження органічних і неорганічних сполук, необхідних для росту організму. Для досягнення високих спортивних результатів необхідно дотримуватися режиму харчування, який повинен враховувати специфіку спорту та поставлені завдання. [3, с. 616]

Список літератури

1. Веракса А. Н. Мысленная тренировка в психологической подготовке спортсмена / А. Н. Веракса, А. Е. Гороя, А. И. Грушко и др. – М. : Спорт, 2016. – 212 с.

2. Виноградов В. Е. Стимуляция работоспособности и восстановительных процессов в тренировочной и соревновательной деятельности квалифицированных спортсменов / В. Е. Виноградов. – К. : НПФ «Славутич-Дельфин», 2009. – 367 с.

3. Костюкевич В.М. «Теорія і методика спортивної підготовки» (на прикладі командних ігрових видів спорту): Навчальний посібник / В.М. Костюкевич. – Вінниця: Планер, 2014 – 616 с.

Ігор НАКОНЕЧНИЙ

кандидат психологічних наук, доцент
завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту
Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича
Заслужений тренер України з панкратіону

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЗАСОБІВ ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТСМЕНІВ У ЄДИНОБОРСТВАХ

У сучасному спорті високих досягнень метою біологічної регенерації є відновлення психофізичної працездатності спортсменів шляхом взаємодії з тренувальною програмою, оптимізація процесів відпочинку, профілактика та зменшення наслідків захворювань і травм, а також допомога у посттравматичній реабілітації [1]. Взаємодія з програмою тренування проявляється у формулюванні спеціального комплексу заходів, що становлять біологічну регенерацію (освітні, психологічні, медико-біологічні) та фізіотерапевтичні процедури, які доповнюють процес тренування. Результатом такої комбінованої діяльності є підвищення фізіологічних можливостей

організму спортсмена [5]. Найбільш часто використовуваним спортсменами фізіотерапевтичним заходом була сауна. Він був зазначений як один із найпоширеніших методів лікування біологічної регенерації. На думку деяких авторів, використання фінської сауни підвищує працездатність і покращує психоемоційні можливості людини [6]. Вплив сауни вивчали серед спортсменів. Було доведено, що відвідування сауни після тренування зменшує та відкладає втому [5, 6]. Тейпінг, як гнучкий, так і жорсткий, стає все частіше використовуваним методом підтримки спортивних тренувань. Спортсмени, яких вивчали в рамках цього дослідження, назвали його другим найбільш часто використовуваним методом. Особливо кінезіотейпування (КТ) набуває все більшої популярності серед спортсменів. КТ використовується для лікування набряку, болю, рухових аномалій або зниження стабільності. Залежно від використовуваного методу нанесення ефект тейпінгу різний, тому терапевт може легко підлаштувати його під свої рекомендації для даного спортсмена. У науковій літературі можна знайти результати різноманітних досліджень, які свідчать про позитивний ефект кінезіотейпування у спортивних тренуваннях, профілактиці та лікуванні травм. Його використовують у різних спортивних дисциплінах – серед іншого у плаванні, баскетболі, футболі, та легкій атлетиці. Wiescheć та ін. стверджував, що застосування КТ покращує потужність і м'язову витривалість високопродуктивних плавців. Спортсмени покращили стрибучість і довжину дистанції завдяки силі інерції[3]. Поліпшення стрибкових здібностей також було помічено під час досліджень, проведених на баскетболістах з повторюваними інверсійними розтягненнями щиколотки. За даними авторів, застосування КТ впливає на покращення пропріоцепції у цих спортсменів [7]. Оцінку ефективності кінезіотейпування на активність м'язів також проводили Lumboorso та ін. Крім того, у групі, де застосовували КТ на литковий м'яз, також покращився рівень сили згиначів колінного суглоба [2]. Chang та ін., завдяки дослідженням, які вони проводили на спортсменах, довели підвищення суб'єктивного відчуття сили в групі спортсменів, у яких КТ застосовували на м'язах передпліччя (незважаючи на відсутність посилення на

ці результати в дослідженні максимальної сили хвата) [6]. Оцінка ефектів різних форм масажу для підтримки тренування та регенерації після тренувань є проблемою, яка часто обговорюється в науковій літературі. Корисність масажу при підготовці до фізичних навантажень вивчали з отриманням позитивних результатів [1-3]. Найчастіше обговорювалося застосування масажу для регенерації після фізичних навантажень [2]. Його ефективність була підтверджена щодо зменшення м'язового болю після фізичних навантажень – спостерігалася швидша регенерація та менший біль втомлених м'язів масажованих кінцівок. Деякі дослідження не підтверджують позитивні ефекти масажу після фізичного навантаження. Безсумнівно, це явище потребує подальших наукових досліджень. Застосування спортсменами додаткових вправ, вправ на розтяжку та компенсацію здебільшого спрямоване на полегшення негативних наслідків проведених тренувань (наприклад, асиметрії) та профілактику травм. Профілактичні програми повинні бути спрямовані на вправи, що покращують контроль постави, витривалість і силу м'язів тулуба, а також нервово-м'язовий контроль кінематичних ланцюгів нижніх кінцівок. Застосовуючи профілактичні програми, слід звертати увагу на якість і техніку рухів. Реалізована програма принесла позитивний ефект у вигляді зменшення травм і покращення рухів [3]. Тренування у всіх спортивних дисциплінах призводять до численних змін в організмі людини. Не всі вони позитивно впливають на здоров'я людини. Сучасні методи (фізична та кінезотерапія), які застосовуються в фізіотерапії, можуть допомогти зменшити негативні наслідки проведених тренувань. Безсумнівно, єдиноборства і мистецтва не є найбільш небезпечними для здоров'я [36-40]. Тим не менш, застосування фізіотерапевтичної підтримки може не тільки покращити спортивні результати, а й значною мірою стан здоров'я спортсменів.

Найбільш часто використовуються ті фізіотерапевтичні процедури, які є легкодоступними (сауна, тейпування, масаж). Тим не менш, їх ефективність була науково доведена. Серед процедур і вправ, що застосовуються спортсменами, є сучасні форми, такі як кінезіотейпування або стабілізуючі

вправи, що свідчить про професіоналізм тренерів і спортивних фізіотерапевтів. Застосування фізіотерапевтичного супроводу тренувань у єдиноборствах є поширеним явищем незалежно від спортивної дисципліни та років тренувань.

Список літератури

1. Бомпа Т.О., Хафф Г.Г. Періодизація. Теорія і методика навчання. Human Kinetics, Champaign, 2009.

2. Czarkowska-Pączek B. Wpływ wysiłku fizycznego na mięśnie poprzecznie prążkowane. [y:] Czarkowska-Pączek B, Przybylski J. (eds.)Zarys fizjologii wysiłku fizycznego. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006, 41-52.

3. Brummitt J. The role of massage in sports performance and rehabilitation: current evidence and future directions, N Am J Sports Phys Ther, 2008;

4. Scoon GSM, Hopkins WG, Mayhew S, Cotter JD. Effect of post-exercise sauna bathing on endurance performance in male athletes, J Sci Med Sport; 2007 year;

5. Santos WOC, Brito CJ, Pinho Jr PH, Valido CN, Mendes EL, Nunes MAP, Franchini E. Post-exercise cryotherapy reduces markers of muscle damage in jiu-jitsu fighters. J Hum Sport Exer, 2012, 7(3): 629-638.

6. Geremek K., Deck L. Fatigue and recovery. Biological renovation. Has-Med, Katowice 2007.9. Kukkonen-Harjula K, Kauppinen K. Вплив на здоров'я та ризик купання в сауні. International Journal of Circumpolar Health, 2006; 65/3: 195-205.

СИМОНІК А.В.

к.біол.н., доцент кафедри фізичної культури і спорту

Запорізького національного університету

ПОТАПОВА Л.В.

к.пед.н., доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Запорізького національного університету

ВОРОНКОВ Є.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІТНЕСУ У ПІДГОТОВЦІ ВОЛЕЙБОЛІСТОК 12-14 РОКІВ

Аналіз спеціальної літератури показав, що питання фізичної підготовки в тренуванні волейболістів розглянуті досить широко [1-5]. Однак сучасні умови гри вимагають визначення більшого числа резервних можливостей організму, пошуку і досліджень нових засобів і методів тренування для розвитку фізичних якостей у юних волейболісток.

Метою нашої роботи була розробка та виявлення ефективності методики фізичної підготовки волейболісток 12-14 років, заснованої на використанні засобів фітнесу

У ході експериментального дослідження нами розроблено методику, яка базується на використанні тренажерів і спрямована на розвиток фізичних якостей та підвищення функціональної підготовленості волейболісток віком від 12 до 14 років.

При складанні експериментальної методики ми враховували, що особливо важливо брати до уваги сенситивні періоди підліткового віку, коли спостерігається велика варіативність у прояві морфологічних, функціональних і психологічних особливостей організму, що призводить до неминучих труднощів у побудові тренувального процесу за стандартними програмами. У зв'язку з цим розроблена методика експерименту передбачала наступні основні положення:

- врахування сенситивних періодів розвитку основних морфофізіологічних і фізичних якостей, які зумовлюють успішність оздоровчої діяльності волейболісток;
- врахування специфічних фізичних якостей, характерних для волейболу;
- планування тренувального навантаження відповідно до нормативної документації щодо розподілу тренувальних ефектів, найбільш сприятливої

взаємодії навантажень різної спрямованості, їх послідовності, як у тижневому мікроциклі, так і в кожному окремому занятті.

У результаті дослідження передбачалося досягти значного покращення показників фізичних якостей та функціональної форми волейболісток експериментальної групи за рахунок оптимального підбору та поєднання засобів фізичної підготовки:

- в загальному та спеціальному підготовчому мікроциклах комплекс степ-аеробіки використовувався в підготовчій частині одного з тренувань;

- в загальнопідготовчому та спеціально-підготовчому мікроциклах комплекс з бодібаром використовувався в основній частині одного із тренувальних занять;

- у загальнопідготовчому, спеціально-підготовчому, передзмагальному та змагальному мікроциклах комплекс стретчингу використовувався у заключній частині тренувань.

Для оцінки фізичної підготовленості юних волейболісток були використані наступні тести: стрибок в довжину з місця; стрибок вгору двома ногами з місця; біг 30 м; човниковий біг 5х6м; нахил вперед, стоячи на гімнастичній лавці; метання набивного м'яча вагою 1кг через голову двома руками стоячи на місці.

Функціональна підготовленість обстежуваних визначалася за допомогою комп'ютерної програми «ШВСМ»

Практичним досвідом доведено позитивний вплив розробленої нами методики на швидко-силові, координаційні здібності та гнучкість волейболістів. Показники функціональної готовності зазнали позитивних і достовірних змін.

Аналіз отриманих результатів з високим ступенем достовірності дозволив стверджувати, що систематичне застосування розроблених комплексів у системі тренувань з волейболу дозволяє значно підвищити рівень функціональної підготовленості дівчат 12-14 років під час тренувальних занять. Використання комп'ютерної програми «ШВСМ» як засіб комплексної

експрес-оцінки функціональної підготовленості організму дозволяє тренеру не тільки отримати повне уявлення про рівень функціональної підготовленості спортсменів, а й скоригувати тренувальний процес з урахуванням отриманих результатів.

Список літератури

1. Борисова О., Шленская О. Моделирование структуры соревновательной деятельности квалифицированных волейболистов различного игрового амплуа. Актуальні проблеми фізичного виховання та методики спортивного тренування, 2018. № 1, 17-23.

2. Гринченко, І.Б., Коваленко, С.В., & Воронов, Ю.В. Вплив авторської програми навчально-тренувального збору з фізичної підготовки на фізичну і функціональну підготовленість кваліфікованих волейболістів. Спортивні ігри, 2019. № 4 (14), 13-23. doi: 10.15391/si.2019-4.02

3. Якушева, Ю., Мичковська, Л., Пільганчук, Л. Теоретико-методичні аспекти управління тренувальною та змагальною діяльністю волейбольної команди. Фізична культура, спорт та здоров'я нації, 2016. № 20, 407-410.

4. Kostiukevych, V., Lazarenko, N., Shchepotina, N., Kulchytska, I., Svirshchuk, N., Vozniuk, T., Kolomiets, A., Konnova, M., Asauliuk, I., Bekas, O., Romanenko, V., & Hudyma, S. Management of athletic form in athletes practicing game sports over the course of training macrocycle. Journal of Physical Education and Sport, 2019. № 19 (Supplement issue 1), 28-34. DOI:10.7752/jpes.2019.s1005.

5. Strelnikova, E. Y., Kozina, Z. L., Sobko, I. M., Nuzhna, A., Polishchuk, S. B., Ryepko, O. O., & Kozin, S. V. Preparation of young volleyball players at the stage of sports improvement on the basis of development of psychophysiological functions. Health, sport, rehabilitation, 2018. 4(2), 124-133. doi:http://dx.doi.org/10.34142/HSR.2018.04.02.12

Олена ЧЕРНЕНКО

к. фіз. вих., доцент

доцент кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини,

фізичного виховання і здоров'я,

Запорізький державний медичний університет

Анастасія САВЧУК

студентка 2 курсу магістратури спеціальності

“Фізична терапія, ерготерапія”

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У КОРЕКЦІЇ СТАНУ ГІМНАСТОК З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ

Дитячий спорт у нашій країні розглядається як потужний фактор загального розвитку організму та зміцнення здоров'я дітей та підлітків. Це вимагає від тренерів та фізичних терапевтів, які працюють у команді, вирішувати питання підготовки юних спортсменів з дотриманням відповідності навантажень закономірностям вікової фізіології, психології, педагогіки.

Складні зміни відбуваються у організмі дітей та підлітків у процесі росту та розвитку. У кожному віковому етапі розвитку організм є єдиним цілим, що склався в процесі еволюції та має свої особливості. З одного боку, ці особливості вимагають під час регулярних занять спортом ретельно планувати навантаження, не допускаючи перевтоми, не порушуючи та не затримуючи природніх процесів біологічного розвитку. З іншого боку, в роботі з дітьми та підлітками тренери повинні пам'ятати, що організму дитини, всім його функціям потрібне постійне та адекватне функціональним можливостям тренування, що у віковому періоді існують визначені зони для найбільш ефективного розвитку та укріплення важливих у спортивному розумінні фізичних якостей та рухових навичок.

Незважаючи на усі позитивні впливи на організм дитини регулярних занять спортом, порушення постави серед спортсменів є доволі розповсюдженим явищем. Це пов'язано з багатьма факторами, в тому числі й особливостями навантажень у різних видах спорту.

У художній гімнастиці порушення постави формуються у зв'язку з особливостями стану опорно-рухового апарату дівчин, яких обирають для занять цим видом спорту (гіпергнучкість зв'язочно-суглобових елементів, що є проявом дисплазії сполучної тканини, що є однією з причин порушень постави). Тому у спортсменок, які займаються художньою гімнастикою, порушення постави зустрічаються частіше ніж в інших видах спорту [1, с. 1098].

Соматометричне та соматоскопічне дослідження постави дівчат 6-8 років, які займаються художньою гімнастикою, дозволило констатувати, що у 80% спортсменок є порушення постави.

До способів корекції порушень постави відносять: масаж та мануальну корекцію, плавання, ЛФК, прикладні вправи, коригуючу гімнастику, фізіороцедури, носіння ортопедичних корсетів та поясів. Однак перевагу у засобах корекцію порушень постави слід віддавати різним видам терапевтичним вправ, тому що потрібно сформувати м'язовий корсет, який буде тримати положення правильної постави.

При складанні комплексів вправ потрібно дотримуватися наступних принципів: повільне та поступове збільшення навантаження, поступових переходів від простих вправ до більш складних, використовувати вправи для різних ділянок тіла, вправи для дихання, симетричні вправи.

Ефективність використання спеціальних вправ залежить від вихідного положення. Найбільш доречно буде використання положень, при яких відбувається максимальне зниження навантаження на хребет (лежачи на спині, лежачи на животі, в упорі стоячи на колінах). Одночасно з корекцією постави відбувається формування навички правильної постави. Для цього

використовується контроль та самоконтроль (виконання вправ перед дзеркалом).

Окрім цього, виконуючи вправи гімнастики повинні тримати положення правильної постави для виконання технічно складних елементів, особливо тих, що пов'язані з рівновагою.

Вправи для корекції постави бажано виконувати на кожному тренувальному занятті та планувати велику кількість симетричних вправ впродовж тренування.

Окрім застосування засобів фізичної терапії у корекції стану порушення постави у гімнасток слід обов'язково скоригувати інші фактори, які впливають на формування правильної постави (режим дня, режим сну, ортопедичний матрац, харчування тощо).

Комплексне та регулярне застосування засобів фізичної терапії неодмінно дасть позитивний результат у процесі корекції стану порушення постави у дівчат, які займаються художньою гімнастикою.

Список літератури

1. Черненко О.Є., Савчук А.О. Особливості застосування засобів фізичної терапії для корекції порушень постави дівчат гімнасток. Тиждень науки-2022. Тези доповідей науково-практичної конференції, Запоріжжя, 18–22 квітня 2022р. Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2022. С. 1097-1099.

**М 657 МІСЦЕ І РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:** матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної інтернет-
конференції (м. Чернівці 16.02.2023 року) / за редакцією Я.Б. Зоря. – Чернівці:Чернівецький
нац. ун-т, 2023. – 303 с.