

**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**



МАТЕРІАЛИ
Всеукраїнської
науково-практичної інтернет-конференції

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

10 лютого 2022 р.

ЧЕРНІВЦІ - 2022

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.

М 657 МІСЦЕ І РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Чернівці 10.02.2022 року) / за редакцією Я.Б. Зорія. – Чернівці:Чернівецький нац. ун-т, 2022. – 312 с.

У Збірнику представлені результати теоретичних і практичних досліджень із широкого спектру напрямів фізичної реабілітації та ерготерапії в реформуючий період галузі охорони здоров'я: проблеми та інноваційні дослідження у відновних і здоров'язберігаючих технологіях, ерготерапія як елемент сучасної системи реабілітації, медико-біологічні аспекти відновлення здоров'я різних груп населення, перспективи якісної підготовки фахівців з фізичної терапії та фізичного виховання, актуальні проблеми тренування та відновлення спортсменів.

Збірник містить матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет конференції (м. Чернівці 10.02.2022 року).

УДК 615.8:614.2](477)

© Чернівецький національний
університет,

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1.

ПРОБЛЕМИ ТА ІННОВАЦІЙНІ ДОСЛІДЖЕННЯ У ВІДНОВНИХ І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЯХ

БАЗИЛЕВИЧ Андрій, БІЛЯНСЬКИЙ Олег, ДУЖИЙ Дмитро МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТЬ НА ТЕРЕНКУРАХ.....	13
БІЛЕЦЬКА Ольга, МАРТИНОВА Наталія, МАНУЧАРЯН Світлана ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРЕНУВАННЯ НА БАЛАНСУЮЧІЙ ПЛАТФОРМІ З ВІЛЬНОЮ ВАГОЮ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ШИЙНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ.....	17
БІЛОУС Володимир, КОЛОСКОВА Олена, РОМАНЧУК Леся ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВНИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ.....	21
БОГДАНОВСЬКА Надія, КАЛЬОНОВА Ірина, ОНІЩУК Вікторія ДЗЕРКАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ СТИМУЛЯЦІЇ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ В ПАЦІЄНТІВ З ШЕМИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ.....	25
ВИШАР Євгенія, КЛЕЦЕНКО Людмила СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ФАХІВЦЯМИ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ.....	28

ГАВРЮЩЕНКО Марина, КОВЕЛЬСЬКА Антоніна ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІМПІНДЖМЕНТ-СИНДРОМІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ.....	32
ГАКМАН Анна ДО ПИТАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РОБОТИ У ДИТЯЧИХ ОЗДОРОВЧИХ ТАБОРАХ.....	35
ГНЕСЬ Наталія, ЗЕНДИК Олена ДИХЛЬНІ ВПРАВИ ПРИ КОРОНАВІРУСНІЙ ХВОРОБІ.....	38
ГОНЧАР Тетяна, КАЛЮЖКА Аліна ОСОБЛИВОСТІ СВІТЛОЛІКУВАННЯ У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	42
ГОРДАШЕВСЬКИЙ Олександр ВИКОРИСТАННЯ ВІБРАЦІЙНИХ ПЛАТФОРМ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ТА ХОДЬБИ У ОСІБ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ.....	45
ГОРОШКО Вікторія CORRECTION AND DEVELOPMENT PROGRAM FOR CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS.....	48
ГРИБОК Ніна, АНДРУШКІВ Роман КЛІНІЧНИЙ І РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА.....	52
ГРИБОК Ніна, ВАЙДИЧ Богдана РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНА У ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ....	55
ГРИБОК Ніна, КЛЮЧНИК Юлія СТРАТЕГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	59
ГРИБОК Ніна, МАРКІВ Анна ОСОБЛИВОСТІ ДИЗАЙН-ОБЛАШТУВАННЯ ЖИТЛА ДЛЯ ЛЮДИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ.....	64
ГРИБОК Ніна, СЕМЕНИШИН Юлія МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ВНАСЛІДОК ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ.....	68

ГРИБОК Ніна, СТРОЦЬКА Ірина МЕТОДИКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	72
ГУЛІНА Лариса ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМ ПЛАТЕСУ ОЗДОРОВЧО РЕКРЕАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	76
ДОЦЮК Лідія, КОРНЄЄВА Вікторія, БРАЖАНЮК Андрій ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ РУХОМОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ.....	79
ЖИГУЛЬОВА Евеліна, КАСПРУК Соломонія, ЯКОВЛЄВ Олександр РЕПРОДУКТИВНА ПОВЕДІНКА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ.....	83
ІВАНІКІВ Наталія, КЛЮЧНИК Юлія СУТЬ ЗАНЯТЬ ЗА МЕТОДОМ ФЕЛЬДЕНКРАЙЗА.....	86
КАВЕЦЬКИЙ Антон ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТА З ІДІОПАТИЧНОЮ ПРОГРЕСУЮЧОЮ МОЗОЧКОВОЮ АТАКСІЄЮ.....	89
КАЛЮЖКА Аліна, АМЕЛІН Олександр, ДЕНЧИК Валентин ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБІВ НА ТЛІ ОБЛІТЕРУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	92
КАЛЮЖКА Аліна, ЛАБЕНДІК Роман, ЛУЦЕНКО Євген ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК, УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ.....	94

КОЛИУШКО Катерина, МАРЦЕНЮК Ігор АЛГОРИТМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ БОЛЮ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ.....	99
КРОПОЧЕВ Павло ОСТЕОПАТИЧНІ ТЕХНІКИ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ.....	102
КУЛІШ Наталія ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ГУМАНІЗАЦІЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	106
МАЦОЛА Наталія, МАЦОЛА Юлія СТВОРЕННЯ ОСВІТНЬОГО ЗДОРОВОГО СЕРЕДОВИЩА.....	108
МЕДВІДЬ Анжела, ПЕРВУХІНА Світлана, ЯКОБЧУК Дана ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ РУХЛИВИХ ІГОР ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ШКОЛЯРІВ З ВІДХИЛЕННЯМИ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я.....	111
МОРОЗ Олена, Микитюк Олеся ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ «ZUMBA STRONG» НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ЗІ СТАРШОКЛАСНИЦЯМИ.....	114
ПАЛІЧУК Юрій НАВЧАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИМ ТЕХНОЛОГІЯМ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ.....	118
ПЕРЕПАДЯ Анастасія ОСНОВНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ БОЛЯМИ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА.....	121
ПОЛОНСЬКИЙ Олександр, БІСМАК Олена ПОКРАЩЕННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПІЗНЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	124
РОМАНІВ Людмила, ПІШАК Ольга АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС.....	127
СЕМЕНЮК Артем, КОВЕЛЬСЬКА Антоніна ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ХВОРИХ НА АДГЕЗИВНИЙ КАПСУЛІТ.....	130

СИТНИК Катерина РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ.....	134
СЛОБОЖАНІНОВ Андрій ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ.....	136
СТРАТІЙЧУК Наталія, КОЗІК Наталія ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ДІЄТОТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТОЗ	139
ТОЛОК Катерина, КОЗІК Наталія РОЗВИТОК МОТОРНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ ІЗ ДЦП	143
ЯКУБОВСЬКА Вікторія СТАБІЛІЗАЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ОСІБ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ БОЛЕМ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ.....	147
ЯКУБОВСЬКИЙ Данило ТРЕНУВАННЯ ВИСОКОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ОСІБ 44-60 РОКІВ ПІСЛЯ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ГОСТРОМУ ТА ПІДГОСТРОМУ СТАНІ.....	150

РОЗДІЛ 2.

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ГОЛУБІНСЬКА Єлизавета, РОТАР Яна ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	153
ЛАТОГУЗ Сергій, ПАРХОМЕНКО Світлана КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ В ПЕРІОД РЕМІСІЇ НА ТРЕНУЮЧОМУ РУХОВОМУ РЕЖИМІ.....	156

ЛОГУШ Леся, ГАУРЯК Олена ОЦІНКА МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ.....	160
МАКОГОНЧУК Ірина, КОЗІК Наталія ЕРГОТЕРАПІЯ ПРИ ІНСУЛЬТІ В РАНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ.....	163
ШЕВЧЕНКО Ірина, ШЕВЧЕНКО Юлія ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ГЛИБОКИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ.....	166

РОЗДІЛ 3.

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я

РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

ГЛУШАНИЦЯ Юлія, ГАВРЕЛЮК Світлана ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З КОНТРАКТУРОЮ ДЮПЮІТРЕНА.....	170
ГОЛЯНИЧ Олександр, ТЕМЕРІВСЬКА Тетяна ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ПОДАГРІ.....	173
ГРИБОК Ніна, БЛЯШКО Евніка КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З НЕДОСКОНАЛИМ ОНТОГЕНЕЗОМ.....	177
ГРИБОК Ніна, ГУЛАК Володимир ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ.....	182
ГРИБОК Ніна, ДУБИК Христина ВПЛИВ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДОРСОПАТІЯМИ	186
ГРИБОК Ніна, КОЦЮБА Вікторія ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА	192
ГРИБОК Ніна, ЛЕСНЯНСЬКА Аліна ЗАСОБИ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ.....	196
ГУСАК Володимир, ДОКАЛЬ Олександр ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОГО ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ПАНАРИЦІЯМИ.....	199

ДЕРНОВА Анна ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ХРЕБЕТНО-СПИНОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ	203
ІВАНІКІВ Наталія, КРІЛЬ Андріана РЕЗУЛЬТАТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ МІКРОДИСКЕКТОМІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ...207	207
ІВАНІКІВ Наталія, ДУДОК Анастасія ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПНЕВМОКОНІОЗОМ.....210	210
ІВАНІКІВ Наталія, КАРАБА Роксолана КОРЕКЦІЙНІ МЕТОДИКИ ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ.....214	214
ІВАНІКІВ Наталія, КРИСЯК Ігор КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ.....217	217
ІВАНІКІВ Наталія, МЕНЧИШИН Діана ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ОТРУЄННЯМИ ХІМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ.....220	220
ЛІСТАУ Карина РОЛЬ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З УШКОДЖЕННЯМ ОРА.....224	224
НЕСТЕРОВА Світлана, АТАМАНЧУК Лілія ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ ВПРАВ НА ПІДВІСНИХ ТРЕНАЖЕРАХ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ	227
ОСПІВ Віталій ТЕРАПЕВТИЧНЕ ТЕЙПУВАННЯ ПРИ БОЛЯХ У СУГЛОБАХ.....230	230
ПЕДЧЕНКО Олександр, ГАВРЕЛЮК Світлана СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА.....233	233

ТУРЧЕНЯК Станіслава, ГАУРЯК Олена РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ПІДВИЩЕННЯ РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ШКОЛЯРІВ.....	237
ЦИВКА Катерина ДО ПИТАНЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА.....	241
ШАПОШНІКОВА Катерина, КАЛЮЖКА Аліна, ДАНІЛОВА Вікторія ВОЗМОЖНОСТІ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	244
ШЕВЧЕНКО Юлія, МОСКАЛЕЦЬ Віктор, ШЕВЧЕНКО Ірина СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УКРАЇНІ..	247
ШЕСТОПАЛ Наталія, САФРОНОВ Тимофій ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ПОЛІСТРУКТУРНИХ ПОРАНЕННЯХ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ.....	251
ШУПЕР Сергій, ШУПЕР Віра ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У СПОРТСМЕНІВ.....	255

РОЗДІЛ 4. ПЕРСПЕКТИВИ ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

БЕРЕЖНА Діана, БУТОВ Руслан ЗАГАЛЬНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ КИЛИ МІЖХРЕБЦЕВОГО ДИСКУ В ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА	259
ГАУРЯК Олена, ЛОГУШ Леся ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТА ЗМІСТ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ ГІМНАСТИКИ» ДЛЯ СТУЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ».....	262

ЄРОХОВА Альона СТАН ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ТА ПРОБЛЕМА ПОПУЛЯРНОСТІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ	266
ІВАНІКІВ Наталія ЗУБКОВИЧ Степан ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ.....	268
КОЗІК Наталія, СТРАТІЙЧУК Наталія НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ ДОБОРУ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ПРИ ДЦП	272
ПАЛІЧУК Юрій ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	276
ТЕМЕРІВСЬКА Тетяна ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ...	279

РОЗДІЛ 5. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТРЕНУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТСМЕНІВ

БАЛАЦЬКА Лариса, БУРКОВА Анна ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОГО ФІТНЕС-ТРЕНУВАННЯ ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ.....	284
ГРИБОК Ніна, ЗДЕНДЯК Назар ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ОКА У ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ.....	288
ІВАНІКІВ Наталія, ЗУБКОВИЧ Степан ПРОФІЛАКТИКА СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ.....	292

НАКОНЕЧНИЙ Ігор ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ОПОРНО-РУХОВИЙ АПАРАТ І ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СПОРТСМЕНІВ.....	296
ЛЯСОТА Тетяна, РУСНАК Олександра, ЩОЧКІНА Катерина ЕФЕКТИВНІСТЬ ІДЕОМОТОРНОГО ТРЕНУВАННЯ У СТРІЛЬБІ З ЛУКА.....	300
ЦИБА Юрій ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ХРЕБТА В ПАУЕРЛІФТИНГУ.....	303
ЧАПЛІНСЬКИЙ Ростислав, ЗАЯРНЮК Оксана ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ.....	307
ЧЕРНЕНКО Вадим, НІКАНОРОВ Олексій СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ НА ЗВ'ЯЗКОВОМУ АПАРАТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	311

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

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ
ОЗДОРОВЧИХ ЗАНЯТЬ НА ТЕРЕНКУРАХ

Андрій БАЗИЛЕВИЧ

доктор медичних наук,

професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини

Львівський національний медичний університет імені Данила

Галицького

Олег БЛЯНСЬКИЙ

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Український католицький університет

Дмитро ДУЖИЙ

магістрант II курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Український католицький університет

Ходьба, є природним і найпоширенішим видом фізичної активності. Регулярна ходьба у достатній кількості та правильному темпі тренує серцево-судинну систему, впливає на фактори ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ), знижує смертність та ризики виникнення ССЗ. Заняття ходьбою

впливають на вуглеводний та жировий обмін [1,2], сприяє збереженню когнітивної функції у літніх людей [3-6].

Завдання фахівця, який рекомендує теренкур – розвинути у пацієнта розуміння необхідності регулярного фізичного навантаження (ФН), поставити перед ним реалістичні та прості цілі, створити правильний настрій та мотивацію [7].

Сімейний лікар, кардіолог чи фізичний терапевт може вибрати та призначити навантаження, визначити який маршрут (кілометраж) має проходити пацієнт, та саме в якому темпі. При необхідності, попередньо проводяться відповідні функціональні тести та дослідження (велоергометрія, тредміл-тест чи 6-ти хвилинний тест ходьби, бажано з використанням шкали Борга) [7].

Розроблена індивідуальна програма ходьби на теренкурі повинна бути основою для подальших регулярних занять ходьбою при поверненні пацієнта в звичне середовище.

Клінічна практика показала, що метод ефективніший при функціональних захворюваннях серцево-судинної системи. В інших випадках лікування за методом Ертеля (винахідника теренкуру) потребує строго лікарського контролю; слід починати з прогулянки рівною місцевістю і відпочивати на розставлених удосталь лавках при першому натяку на втому. Тривалість прогулянки та перехід до більш крутих підйомів, від 5° на перших прогулянках і до 30° при заключних, повинен регулювати лікар, керуючись результатами дослідження. Головне правило: від більш простого і легкого переходити до складнішого і складнішого, подовжувати маршрут і ускладнювати [8].

За складністю маршрути поділяють на три види: 1) легкий маршрут – близько 500 метрів, з незначними рельєфними змінами, практично без перепадів висот; 2) середній маршрут – близько 1500 метрів, частота і перепад рельєфних нерівностей збільшується, включаються ділянки зі

змінним темпом ходьби; 3) складний маршрут – може становити від 2500 метрів до 5000 метрів, значні рельєфні зміни, багато ділянок зі змінним темпом ходьби [7].

Одиницею вираження абсолютної інтенсивності ФН є метаболічний еквівалент (MET). За вихідну величину (1 MET) прийнято вважати рівень метаболізму у стані спокою, що становить 1 ккал/кг/год [9]. Показано, що найкращий тренуючий ефект з'являється при динамічних навантаженнях середньої інтенсивності [2–4].

До вибору інтенсивності навантаження підходять диференційовано з урахуванням віку, способу життя, захворювань, наявності обмежень з боку опорно-рухового апарату [7].

Літні та малорухливі люди, особи, схильні до впливу факторів ризику, повинні починати заняття з інтенсивністю не вище 40% від резервної ЧСС. Навіть повільна низькоінтенсивна ходьба зі швидкістю близько 3 км/год (2 MET) у нетренованих людей має сприятливу дію, допомагає адаптуватися до навантаження та сприяє подальшому прогресу функцій [6].

При правильній побудові тренування та наявності відповідного ландшафту перепади кутів нахилу на маршруті теренкуру можуть бути використані для проведення інтервального тренування. В останні роки з'явилися дані про успішне застосування інтервальних тренувань у пацієнтів із серцевою патологією [8,9], але дослідження поки нечисленні і питання вимагає подальшого вивчення.

Таким, чином, аналізуючи літературу можна зробити висновок, що завдяки простоті, доступності, впливу, цей вид фізичної активності може з

успіхом застосовуватися при лікуванні та профілактиці серцево-судинних захворювань.

Список літератури:

1. Ainsworth B.E., et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2000; 32(9, Suppl.): 498–504.
2. Boone-Heinonen J., [et al.]. Walking for prevention of cardiovascular disease in men and women: a systematic review of observational studies. *Obes. Rev.* 2009; 10: 204–17.
3. Hamer M., Chida Y. Walking and primary prevention: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Br. J. Sports Med.* 2008; 42: 238–43.
4. Letcher G.F., et al. Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2013; 128(8): 873–934.
5. Maddison R. Review: regular brisk walking improves cardiovascular risk factors in healthy sedentary adults. *Evid. Based Nurs.* 2008; 11(1): 15.
6. Murphy M.H., [et al.]. The effect of walking on fitness, fatness and resting blood pressure: a meta-analysis of randomised, controlled trials. *Prev. Med.* 2007; 44(5): 377–85.
7. Schnohr P., Scharling H., Jensen J.S. Intensity versus duration of walking, impact on mortality: the Copenhagen City Heart Study. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2007; 14: 72–8.
8. Wisloff U., et al. Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients: a randomized study. *Circulation.* 2007; 115: 3086–94.
9. Zheng H., et al. Quantifying the dose-response of walking in reducing coronary heart disease risk: meta-analysis. *Eur. J. Epidemiol.* 2009; 24: 181–92.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРЕНУВАННЯ НА БАЛАНСУЮЧІЙ
ПЛАТФОРМІ З ВІЛЬНОЮ ВАГОЮ В КОМПЛЕКСНІЙ
РЕАБІЛІТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ШИЙНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ
ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ**

Ольга БЛЕЦЬКА

д. мед. н., професор,
професор кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної
медицини, фізичної терапії та ерготерапії,
Харківський національний медичний університет.

Наталія МАРТИНОВА

здобувач вищої освіти, спеціальність: фізична терапія, 2 рік
навчання, кафедра спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини,
фізичної терапії та ерготерапії,
Харківський національний медичний університет.

Світлана МАНУЧАРЯН

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

Як відомо, зниження фізичної активності у сучасної людини стало однією з причин поширення остеохондрозу шийного відділу хребта [1, с. 103]. В умовах пандемії коронавірусу фізичне дистанціювання та використання телекомунікацій ще більше посилило фізичну гіподинамію у людей. Звідси можна було б припустити, що перенесена коронавірусна

хвороба зі свого боку має підсилювати пускові механізми виникнення дегенеративно-дистрофічних змін у міжхребцевих дисках. Отже, фізична терапія хворих на остеохондроз після перенесеної коронавірусної інфекції, на наш погляд, є своєчасною.

Серед методів лікувальної гімнастики у даного контингенту хворих мають бути використані найбільш раціональні вправи з врахуванням патогенезу остеохондрозу. Відомо, що збільшенню еластичності дисків та зв'язок хребта відбувається завдяки динамічній роботі м'язів шиї та спини в цілому [2, с. 286]. Тому для проведення ефективної лікувальної гімнастики ми мали використати такий метод, при якому найкраще ці пасивні структури були б задіяні. За теорією рухової активності М. О. Берштейна (1947, 1966) - це, насамперед, вправи для поліпшення пропріорцепції, координації, м'язової сили, обміну речовин та кровообігу в шийному відділі хребта. Серед таких методів лікувальної гімнастики є тренування на балансуєчій платформі [3, с. 320].

Для наукового обґрунтування цієї методики реабілітації нами була поставлена ціль: удосконалення рухової координації хворих на остеохондроз шийного відділу хребта після перенесеної коронавірусної інфекції через комбіноване використання лікувальної гімнастики та вправ на балансуєчій платформі [4, с. 203].

Дослідження проводилось протягом 2 місяців у 18 пацієнтів (10 - жінок і 8 чоловіків) у віці від 30 до 45 років. Для відновлення пацієнтів з шийним остеохондрозом після коронавірусної інфекції нами була розроблена програма реабілітації з використанням методу тренування на балансуєчій платформі «BOSU BALL» з вільною вагою - як основний засіб відновлення рухової активності в міжхребцевих дисках та збільшенні сили у м'язах хребта, покращенні кровообігу в шийному відділі хребта та збільшенні трофіки у міжхребцевих дисках. Заняття проводили у групах 3 рази на тиждень тривалістю 60 хв. Структура

заняття включала підготовчу (10 хв), основну (35 хв) та заключну частину (15 хв).

Підготовча частина включала дихальні вправи, суглобову гімнастику та вправи на розтягнення м'язово-зв'язочного апарату шийного відділу хребта.

Основна частина включала виконання гімнастичних вправ на балансуючій платформі з вільною вагою (медболи, фітнес-резинки, гантелі). Заключна частина включала дихальні вправи та статичні вправи для м'язів шиї.

Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів, ми використовували пробу Ромберга (ускладнену), функціональні методи дослідження шийного відділу хребта (рухливість у шийному відділі хребта за шкалою ROM, мануальне м'язове тестування за п'ятибальною шкалою). Для занять в експериментальній групі (ЕГ) були використані лікувальні вправи на балансуючій платформі з вільною вагою. Контрольна група (КГ) виконувала лікувальну гімнастику з вільною вагою, але без використання балансуючої платформи.

До початку дослідження всі функціональні показники не відрізнялись в обох групах: проба Ромберга - $17,4 \pm 5,6$ балів в ЕГ та $15,6 \pm 4,3$ бала в КГ; рухливість ШВХ навколо сагітальної осі - $1,9 \pm 0,2$ бала в ЕГ та $1,7 \pm 0,4$ бала в КГ, рухливість ШВХ навколо фронтальної осі при згинанні шиї - $2,1 \pm 0,3$ бала в ЕГ та $2,2 \pm 0,2$ бала в КГ, рухливість ШВХ навколо фронтальної осі при розгинанні шиї - $2,0 \pm 0,2$ бала в ЕГ та $1,9 \pm 0,3$ бала в КГ, ротація голови - $2,4 \pm 0,2$ бала в ЕГ та $2,1 \pm 0,2$ бала в КГ, сила трапецеподібного м'яза - $2,0 \pm 0,5$ балів в ЕГ та $2,3 \pm 0,3$ бала в КГ, сила

ромбоподібного м'яза - $1,8 \pm 0,3$ бала в ЕГ та $1,9 \pm 0,4$ бала в КГ, сила грудино-ключично-сосцеподібного м'яза - $3,2 \pm 0,4$ бала та $3,5 \pm 0,3$ бала в КГ, сила коротких згиначів шиї - $2,7 \pm 0,5$ балів та $2,9 \pm 0,6$ балів в КГ.

Після проведеного курсу реабілітаційних заходів за розробленими методиками виявлено поліпшення результатів дослідження в обох групах, але в ЕГ більш виражене: проба Ромберга - $31,4 \pm 6,6$ балів в ЕГ та $22,7 \pm 4,2$ бала в КГ, рухливість ШВХ навколо сагітальної осі - $0,8 \pm 0,3$ бала в ЕГ та $1,2 \pm 0,5$ балів в КГ, рухливість ШВХ навколо фронтальної осі при згинанні шиї - $1,6 \pm 0,2$ бала в ЕГ та $1,8 \pm 0,4$ бала в КГ, рухливість ШВХ навколо фронтальної осі при розгинанні шиї - $1,1 \pm 0,3$ бала в ЕГ та $1,5 \pm 0,2$ бала в КГ, ротація голови - $1,5 \pm 0,4$ бала в ЕГ та $1,7 \pm 0,3$ бала в КГ, сила трапецеподібного м'яза - $4,8 \pm 0,2$ бала в ЕГ та $3,7 \pm 0,4$ бала в КГ, сила ромбоподібного м'яза - $4,2 \pm 0,4$ бала в ЕГ та $13,6 \pm 0,5$ балів в КГ, сила грудино-ключично-сосцеподібного м'яза - $4,5 \pm 0,5$ балів та $4,0 \pm 0,4$ бала в КГ, сила коротких згиначів шиї - $4,1 \pm 0,6$ балів та $3,9 \pm 0,4$ бала в КГ.

Також було зазначено поліпшення загального стану пацієнтів та зменшення проявів остеохондрозу шийного відділу хребта після коронавірусної інфекції: слабкість, біль у м'язах шиї, головний біль.

Отже, за результатами дослідження використання методу тренування на балансуєчій платформі «BOSU BALL» з вільною вагою у хворих на шийний остеохондроз після перенесеної коронавірусної інфекції більш сприяє відновленню рухової функції хребта, сили м'язів та координаційної функції в порівнянні з виконанням вправ тільки з вільною вагою.

Список літератури

1. Дворянинова Е. В. Влияние комплексной системы реабилитационных мероприятий на подвижность позвоночника при шейном остеохондрозе / Е. В. Дворянинова // Мир спорта. 2004. № 3. С. 103–108.

2. Статокинетическая устойчивость пациентов в процессе курса реабилитации / А. Г. Николаева, Л. В. Соболева, Т. Л. Оленская, Ю. В. Николаева // Материалы 73-ой науч. сессии сотрудников ун-та «Достижения фундаментальной медицины и фармации». Витебск, 2018. С. 286 – 289.
3. Гаже, П. М. Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека / Пьер-Мари Гаже. Санкт-Петербург, 2008. 320 с.
4. Попадюха Ю. А. Особливості використання сучасних і перспективних реабілітаційних технологій та засобів для відновлення опорно-рухового апарату спортсмена / Ю. А. Попадюха // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури / фізична культура і спорт : зб. наук. пр. Київ, 2011. Вип. 11. С. 203–207.

ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВНИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Леся РОМАНЧУК

асистент кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

Олена КОЛОСКОВА

д.мед.н, професор,
завідувач кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет

Володимир БЛОУС

асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та
домедичної допомоги
факультету фізичної культури та здоров'я людини
Чернівецького національного університету імені Юрія
Федьковича

Вступ. Гострі респіраторні вірусні інфекції є одними з найпоширеніших інфекцій, що є відповідальними за майже 120 мільйонів років життя з урахуванням інвалідності, що в сучасних умовах пандемії коронавірусної хвороби, спричиненої вірусом SARS-CoV2, є надзвичайно актуальним [1-2]. Інфекції нижніх дихальних шляхів сягають понад 90% усіх захворювань на ГРВІ, причому приблизно 35% випадків ГРВІ трапляються у дітей віком до 5 років. Хворі із рецидивним характером перебігу таких захворювань, частими респіраторними епізодами у цьому аспекті є особливо вразливими, оскільки кожний повторний епізод захворювання розцінюється як підстава для стартового використання антимікробних засобів та ескалації обсягу терапії в цілому. Виходячи з цього, перспективним і актуальним представляється оптимізація підходів при рецидивній патології органів респіраторної системи у дітей шляхом комплексного впливу на етіологічний компонент, імунну відповідь організму та оптимізацію цитопротекторного захисту.

Мета роботи. Шляхом анкетування лікарів першого контакту вивчити оцінку ними ефективності лікувального та профілактичного ефекту «Альпіколу» у дітей при рекурентних респіраторних інфекціях.

Матеріал і методи. Робота по вивченню переваг «Альпіколу» проведена шляхом анкетування лікарів першого контакту для отримання зворотного зв'язку щодо їх оцінки профілактичного та лікувального ефекту даного препарату. «Альпікол» є натуральним протизастудним

комплексом нового покоління для захисту від респіраторних інфекцій та зміцнення опірності організму, створений методом наукового моделювання завдяки потенціюванню лікувальних властивостей складових компонентів: екстракту плодів бузини чорної (*Sambucus nigra*); Yestimun® бета-глюкану з екстракту дріжджів *Saccharomyces cerevisiae*; екстракту кореня пеларгонії африканської (*Pelargonium sidoides*). Проаналізовано 6093 анкети дітей різного віку. Середній вік пацієнтів становив $7,3 \pm 3,3$ роки (стандартна похибка – 0,04; mode - 4 роки; min - 1 рік, max - 17 років). У даній вибірці частка хлопчиків практично співпадала із відсотком дівчаток і становила 48,2%% проти 51,8% відповідно ($P > 0,05$). Дитячі дошкільні навчальні заклади відвідували 36,4% пацієнтів, частка школярів становила 49,9%, а решту представляли учні інших навчальних закладів.

Отримані результати. Пацієнтам з коморбідними захворюваннями органів респіраторного тракту «Альпікол» призначали для профілактики захворювання на грип чи ГРВІ у 47,92% випадків, зменшення тривалості епізодів ГРЗ – у 54,57% спостережень, з метою зменшення частоти рецидивів захворювань – у 66,02% випадків. У більшості випадків лікар ставив на меті декілька завдань у призначенні препарату «Альпікол», що пояснювалося частотою рецидивів захворювань респіраторної системи, які повторювалися частіше трьох разів на рік у майже у 70% дітей.

При обстеженні пацієнтів на 1-у та 2-му візитах проводилося визначення думки батьків щодо того, наскільки хворою є або почуває себе дитина. Даний критерій мав узагальнюючий характер та оцінювався за

допомогою бальної кали: від 0 балів (відсутній) до 3 балів (максимально виражений). Проведений аналіз частоти розподілу бальної оцінки даного критерію при 1-му візиті показав, що середня виразність даного критерію переважала (47,6%), у кожного п'ятого пацієнта (21,3%) мав місце найвищий бал, що свідчив про хворобливий стан дитини, натомість, не було ознак хвороби у 12,6% пацієнтів, а у решти (18,5%) – хворобливий стан був виражений незначно. Після проведеного курсового призначення препарату «Альпікол», вдруге проводилося обстеження пацієнтів на 2-му візиті, яке передбачало повторну оцінку стану дитини за даним критерієм. Таким чином, частота реєстрації вираженого хворобливого стану дитини (оцінка 3 бали) рід впливом препарату «Альпікол» статистично вірогідно зменшилася у 23,7 разу, середньо-тяжкого прояву хвороби (оцінка 2 бали) – зменшилась у 17 разів, проте частка «асимптомних» за даним критерієм пацієнтів зросла у 6,2 разу. Водночас легкі прояви хворобливого стану дітей залишилися на попередньому рівні. Важливим є те, що пацієнти із коморбідним перебігом патології респіраторної системи у вигляді рецидивного ураження верхніх і нижніх дихальних шляхів, під час 2-го візиту отримували оцінку 0 балів (відсутність симптому) вірогідно рідше, ніж діти із патологією виключно верхніх дихальних шляхів, що відповідно становило 62,6% випадків проти 72,2 % спостережень ($P < 0,05$).

Висновок. Таким чином, призначення «Альпіколу» мало доволі багатовекторну ефективність щодо рецидивних захворювань респіраторних органів, що проявлялося зменшенням тяжкості клінічних проявів захворювання, у першу чергу, в дітей із більшою виразністю таких симптомів, що дозволяє продемонструвати лікувально-профілактичний вплив препарату «Альпікол» на перебіг рецидивних респіраторних захворювань у дітей.

Список літератури

1. Kramarov S, Koloskova O, Bilous T, Ivanova L, Kaminska T, Nezgoda I, Stoieva T, Kharchenko Y, Garas M, Yevtushenko V, Seriakova I, Stanislavchuk L, Lobortas Y. Peculiarities of the course of coronavirus disease COVID-19 in children of various ages in certain regions of Ukraine.. Medical Science, 2021, 25(110), 985-998.
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020; 395: 497–506.

ДЗЕРКАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ СТИМУЛЯЦІЇ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ В ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Надія БОГДАНОВСЬКА

д. б. н., професор,
зав. кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Запорізький національний університет

Ірина КАЛЬОНОВА

к. мед. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Запорізький національний університет

Вікторія ОНІЩУК

студентка
Запорізький національний університет

Інсульт – одна з основних причин захворюваності, інвалідизації та смертності в усьому світі. За даними проведених досліджень, тільки 10-20 % хворих повертаються після ішемічного інсульту до праці та свого звичного життя. Біля 60 % страждають від рухових порушень, у 18-20 % хворих спостерігаються мовні розлади, а біля 30 % хворих потребують сторонньої допомоги [1, с. 28].

Нейрореабілітація після інсульту включає комплекс заходів, метою яких є відновлення рухової функції, корекція когнітивних та емоційних порушень, соціальна адаптація. В основу нейрореабілітації закладена сучасна концепція щодо пластичності мозку – здатності нервової тканини до структурно-функціональної перебудови шляхом якісних та кількісних нейрональних перебудов. Виділено фізичні фактори, які найбільш активно впливають на процеси нейропластичності при постінсультних рухових порушеннях, одним з яких є дзеркальна терапія [2, с. 37].

При проведенні заняття з дзеркальної терапії на стіл перед пацієнтом встановлюють дзеркало таким чином, щоб його поверхня відображала неуражену сторону. Уражена рука залишається невидимою для пацієнта. Пацієнт бачить рухи здорової руки у відображенні дзеркала, що призводить до візуальної ілюзії – здається, що уражена рука рухається так само, як і здорова кінцівка [3, с. 57].

Мета дослідження – вивчення ефективності застосування дзеркальної терапії у відновленні функції верхньої кінцівки пацієнтів у гострому періоді ішемічного інсульту.

Дослідження проходило на базі відділення ранньої реабілітації «Міської лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги» м. Запоріжжя. В рамках дослідження проведено обстеження рухової функції паретичної верхньої кінцівки і функціональної незалежності 35 пацієнтів віком 65-70 років у гострому періоді ішемічного інсульту, за результатами якого сформовані основна (n = 18) і контрольна (n = 17) групи.

У пацієнтів контрольної групи використовувались класичні підходи до застосування терапевтичних вправ. В основній групі частина заняття з кінезотерапії проводилась за методикою дзеркальної терапії, яка на сьогодні затверджена як методика вибору для відновлення функції верхньої кінцівки «Клінічною настановою з допомоги пацієнтам після перенесеного інсульту», розробленою Українською асоціацією фізичної терапії.

Оцінка ефективності проведених реабілітаційних заходів проводилась за такими методиками: тест для оцінки функції верхньої кінцівки ARAT (Action Research Arm Test), шкала функціональної незалежності FIM (Functional Independence Measure).

При первинному дослідженні загальний бал тесту ARAT в основній групі склав $34,46 \pm 1,37$ балів, в контрольній – $33,51 \pm 0,71$ балів. Загальний бал за шкалою FIM в основній групі склав $89,62 \pm 2,05$ бали, в контрольній – $91,96 \pm 2,11$ бали, середній показник за 18 пунктів – 4,97 бали. При повторному дослідженні результати виконання рухових дій за тестом ARAT покращилися як в основній, так і в контрольній групах. Загальний бал тесту ARAT в основній групі склав $40,46 \pm 1,15$ балів, в контрольній – $36,25 \pm 1,33$ бали ($p < 0,05$). Приріст показника за блоком завдань «захоплення предмету» в основній групі склав $22,39 \pm 1,36$ %, в контрольній – $9,76 \pm 0,43$ %; за блоком «підіймання предметів при утриманні I-III пальцями» – $22,53 \pm 1,07$ % і $12,68 \pm 1,33$ %, за блоком «щипкове захоплення» – $18,98 \pm 1,25$ % і $11,04 \pm 1,18$ % відповідно. Загальний бал незалежності у повсякденному житті за шкалою FIM у

пацієнтів основної групи підвищився на $10,55 \pm 0,39$ %, контрольної групи – на $6,55 \pm 0,56$ % ($p < 0,05$).

Проведене дослідження показало, що застосування в системі реабілітації хворих з постінсультними парезами методики дзеркальної терапії сприяло більш значному відновленню рухової функції паретичної руки та функціональної незалежності хворих у повсякденному житті. Результатом реабілітаційного втручання із застосуванням дзеркальної терапії стало покращення всіх способів захоплення предметів кистю – циліндричного, сферичного, долонно-пальцевого, щипкового, що призвело до покращення загальної функціональної активності та рівня незалежності у побуті хворого з ішемічним інсультом.

Список літератури

1. Міщенко В. К. Вплив комплексної фізичної реабілітації на відновлення рухового дефіциту у хворих, що перенесли мозковий ішемічний інсульт. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2021. №17. С. 28-33.
2. Nazarova M. A., Piradov M. A., Chernikova L. A. Visual feedback – mirror therapy in neurorehabilitation. Annals of clinical and experimental neurology. 2012. № 6. P. 36-41.
3. Thieme H., Morkisch N., Mehrholz J. Mirror therapy for improving motor function after stroke. Cochrane Database of Syst. Rev. 2018. №7. P. 56-61.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ФАХІВЦЯМИ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Євгенія ВИШАР

кандидат педагогічних наук,

старший викладач кафедри соціальної роботи та спеціальної освіти Полтавського інституту економіки і права

Людмила КЛЕЦЕНКО

кандидат педагогічних наук,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

У науковій літературі з фізичної реабілітації часто зустрічаються публікації методичного характеру, де детально описано методику використання фізичних вправ у конкретному виді спорту для лікування різних захворювань, але досить слабо висвітлені питання психолого-педагогічної роботи з клієнтів. Однак дуже часто людина потрапляє в реабілітаційний процес під час несприятливих життєвих ситуацій і тому паралельно із застосуванням фізичних навантажень слід працювати з особистістю клієнта, наприклад, для підвищення впевненості в собі, бажання діяти, регулярних фізичних вправ, позитивного настрою та інше. Тому з точки зору цілісності особистості фізичну реабілітацію не можна розглядати лише як систему фізичних вправ. Фізичну реабілітацію слід розглядати як лікувально-педагогічний комплекс, оскільки використання фізичних вправ, елементів спорту має враховувати закономірності педагогічного процесу. Додаючи до цього підходу психолого-педагогічні аспекти реабілітаційної роботи, під фізичною реабілітацією слід розуміти комплекс фізичних вправ, психолого-педагогічних технологій, спрямованих на відновлення, реабілітацію та профілактику розладів здоров'я різними засобами, відповідними природі людини. Таким чином,

фахівець з фізичної реабілітації – це особа, яка професійно використовує методи фізичної реабілітації для відновлення функцій організму, досягнення нормального здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану, психологічного та фізичного самопочуття клієнта. Звідси випливає, що фахівець з фізичної реабілітації має володіти здоров'язберезувальними технологіями, які можна розподілити на такі групи: медичні, психологічні, педагогічні, соціально-педагогічні та технології фізичної культури і спорту.

У науковій літературі відповідно характеру діяльності виділяють такі види здоров'язберезувальних технологій: вузькоспеціалізовані та комплексні. До вузькоспеціалізованих належать: медичні; освітні; соціальні; психологічні. До комплексних здоров'язберезувальних технологій належать технології комплексної профілактики захворювань, корекції та реабілітації здоров'я; педагогічні технології, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я; технології, що формують здоровий спосіб життя [1].

У медичному аспекті оздоровчі технології розглядаються з точки зору збереження та відновлення здоров'я в результаті побудови послідовності факторів, що запобігають руйнуванню здоров'я при створенні системи сприятливих умов для здоров'я.

Основними складовими здоров'язберезувальних технологій науковці виокремлюють медико-гігієнічні, фізкультурно-оздоровчі та лікувально-оздоровчі [1]. Максимальна мета оздоровчих технологій у медицині – сприяти одужанню від хвороби з мінімальною втратою здоров'я та підтримати гомеокінез організму та його адаптацію на фізіологічному рівні. Сюди входить лікувальне харчування та масаж, кліматична та бальнеотерапія, лікувальна фізкультура, фізіотерапію, ерготерапію, механо- та трудотерапію, рефлексотерапію, фітотерапію,

гомеопатію, танцювально-рухову терапію, активну арттерапію в стаціонарних і (чи) амбулаторних умовах.

Другою групою базисних технологій є технології фізичної культури і спорту. Аналіз наукової літератури щодо використання здоров'язбережувальних технологій фізичної культури і спорту у процесі фізичної реабілітації дозволив розподілити їх за декількома напрямками: перший - дослідження, що спрямовані на вивчення можливостей використання методів оздоровчої фізичної культури, у тому числі різних видів фітнесу, методів фізичної рекреації; другий - праці, в яких розкривається методика використання різних видів спорту задля відновлення здоров'я людини; третій напрям адаптивна фізична культура.

Третій напрям, яким представлено здоров'язбережувальні технології фізичної культури і спорту у науковій літературі – це адаптивна фізична культура. Адаптивна фізична культура (АФК) - це соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними можливостями, а не тільки їх лікування з допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур [1]. Адаптивна фізична культура розглядається як частина загальної культури, підсистема фізичної культури, одна з сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреби осіб з обмеженими можливостями в руховій активності, відновленні, зміцненні й підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил з метою поліпшення якості життя, соціалізації та інтеграції в суспільство.

Отже професійна діяльність фахівців з фізичної реабілітації, у першу чергу, базується на медичних технологіях та технологіях фізичної

культури і спорту, але, як показав аналіз зазначених технологій їх реалізація потребує знань психологічних, педагогічних та соціально-педагогічних технологій.

Список літератури

1. Вишар Є.В. Формування готовності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до застосування здоров'язберезувальних технологій у професійній діяльності: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Полтавський інститут економіки і права. Полтава, 2021. 277 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІМПІНДЖМЕНТ-СИНДРОМІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ

Марина ГАВРЮЩЕНКО

здобувачка вищої освіти другого (магістерського) рівня,
Національний університет фізичного виховання і спорту України

Антоніна КОВЕЛЬСЬКА

к. біол. н.,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Національний університет фізичного виховання і спорту України

Вступ. Пошкодження обертальної манжети плечового суглоба (ОМПС) займає одне з провідних місць у структурі пошкоджень опорно-рухового апарату. Один із найбільш поширених патологічних станів, пов'язаних із ОМПС, в сучасній літературі називають імпінджмент-синдромом (ІС) [1, с. 217]. У зоні ризику ураження знаходяться спортсмени і люди, чий вид діяльності пов'язаний з фізичною працею або статичним положенням тіла стоячи [2, с. 43]. Найбільш ефективним методом лікування хворих із периартикулярною патологією плечового

суглоба (ПС) є фізична терапія (ФТ) [3, с. 91; 4, с. 2], яка повинна бути індивідуалізована для кожного конкретного хворого в залежності від поставлених завдань і особливостей пацієнта, в тому числі - його професії.

Мета: обґрунтувати та розробити алгоритм застосування засобів ФТ при імпінджмент-синдромі плечового суглоба.

Методи дослідження. У дослідженні брало участь 10 пацієнтів з ІС ПС у віці від 32 до 55 років. Пацієнтів було розподілено на 2 групи: основну (ОГ), n=5 та контрольну (КГ), n=5. В ОГ перевіряли ефективність розробленого алгоритму застосування заходів ФТ. В КГ застосовували методику лікувального закладу. Тривалість лікування склала 4 місяці. Дослідження проводили до і після курсу відновного лікування.

Використовували наступні методи дослідження: візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), гоніометрія, динамометрія, відповідні методи математичної статистики для обробки даних. Методи дослідження було класифіковано відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ) з метою визначення довготермінової цілі ФТ на рівні активності та участі і належного, поетапного планування втручань, а також вживання цілеорієнтовного підходу до реабілітації пацієнтів з ІС ПС.

Результати дослідження: При оцінці больового синдрому у хворих з ІС ПС за ВАШ показано, що в ОГ інтенсивність болю знизилась більш суттєво вже після другого періоду ФТ. Після третього періоду в ОГ больовий синдром був на рівні 0,5 (0,1; 1) бала ($p < 0,01$), а в КГ – 1,5 (1,5; 2) бала. За даними гоніометрії у пацієнтів ОГ була кращою динаміка

показників відведення у плечовому суглобі, внутрішньої ротації, зовнішньої ротації. Наприкінці курсу ФТ в ОГ вдалося досягти відведення у плечовому суглобі на рівні 97,2% від норми; внутрішньої ротації - 94,8% від норми; зовнішньої ротації - 97,4% від норми. У КГ ці показники були нижче порівняно з нормою та результатами ОГ ($p < 0,05$). Результати динамометрії після курсу відновлення також свідчать про більшу ефективність розробленого алгоритму застосування заходів ФТ при ІС ПС порівняно з методикою, яку застосовували в КГ ($p < 0,05$). При оцінці активності за шкалою DASH відповідно до доменів МКФ в ОГ вдалося досягти більш суттєвого покращення активності у повсякденному житті пацієнтів із ІС ПС. При оцінці якості життя за допомогою опитувальника SF-36 під впливом заходів ФТ у пацієнтів ОГ спостерігали суттєве покращення загального показника якості життя.

Висновки. Дані, отримані після реабілітаційного курсу (через 4 місяці після первинного обстеження), свідчать про те, що застосування розробленого алгоритму сприяло зниженню больового синдрому, покращенню рухів у плечовому суглобі, збільшенню сили м'язів ураженої кінцівки в осіб ОГ більшою мірою порівняно з КГ, а також достовірно краще відобразилось на якості життя пацієнтів. Все вище наведене свідчить про доцільність впровадження даного алгоритму у практику реабілітації осіб із ІС ПС, що, в свою чергу, дозволить поліпшити якість життя та активність осіб з даною нозологією.

Список літератури

1. Меньшова Д. В., Куклин И. А., Пономаренко Н. С. Лечение пациентов с повреждениями вращательной манжеты плеча (обзор литературы). *Acta Biomedica Scientifica*. 2020. Vol. 5, No. 6. P. 216–223.
2. Management Options for Shoulder Impingement Syndrome in Athletes: Insights and Future Directions / I. K. Bolia et al.; *Open access journal of sports medicine*. 2021. Vol. 12. P. 43–53.

3. Иванова Н. Л., Ольшанская Е. И., Еременко Д. В. Физическая реабилитация лиц среднего возраста с импинджмент-синдромом на поликлиническом этапе: предварительные результаты. *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. 2018. № 12 (166). С. 91–93.

4. Effects of rotator cuff pathology and physical therapy on in vivo shoulder motion and clinical outcomes in patients with a symptomatic full-thickness rotator cuff tear / T. G. Baumer et al.; *Orthopaedic journal of sports medicine*. 2016. Vol. 4, No. 9. P. 2325967116666506.

ДО ПИТАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РОБОТИ У ДИТЯЧИХ ОЗДОРОВЧИХ ТАБОРАХ

Анна ГАКМАН

доктор наук з фізичного виховання і спорту, доцент, професор
кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Дитячий табір – вид дитячого відпочинку, що стабільно користується популярністю для дітей будь-якого віку. Саме влітку в дитячих таборах надається можливість повною мірою покращити стан здоров'я, привчити до режиму дня, правильного харчування та розвивати «звичку» рухової активності дітей. Виділяють оздоровчі, профільні, спортивні табори, де проводяться ранкові зарядки, спортивні змагання та інші заходи [2].

Одним з найважливіших стратегічних завдань України в забезпеченні соціального захисту дитинства є здійснення їхнього права на оздоровлення та відпочинок. Опіка про оздоровлення дітей є одним з вирішальних показників ставлення держави до проблем підростаючого покоління.

Нинішні концепції організації літнього відпочинку та оздоровлення дітей і підлітків розглядають дитячий відпочинок в закладах літнього відпочинку та оздоровлення не лише як особливу педагогічну систему, але насамперед як невід'ємну складову всієї життєдіяльності дитини, де гармонійно поєднуються духовно-естетичні, раціонально-пізнавальні, ідейно-моральні сторони виховання сучасної дитини. Дитячі оздоровчі табори, визначальним напрямом діяльності яких є активний відпочинок, що відбувається з використанням фізичних вправ, мають на меті хоча б частково компенсувати низьку рухову активність підлітків. Однак, традиційні форми організації діяльності дитячого колективу не можуть служити ефективним кшталтом підвищення рухової активності школярів із ціллю відновлення й підтримання високої працездатності до освітнього процесу в наступному навчальному році.

Дитячий оздоровчий табір охоплює значні можливості для розвитку та активізації пізнавальної та фізичної діяльності дітей у вільний час. Зміст занять під час дозвілля визначається рекреаційними програмами, які задовольняють мотиваційну потребу в активному відпочинку, сприяють самореалізації школярів. Визначено, що оздоровчо-рекреаційна робота у дитячих оздоровчих таборах диктується умовами короткого терміну перебування і реалізовується на фоні несуттєвих змін показників фізичного стану дітей, який потребує розробки і впровадження дієвих рекреаційно-оздоровчих програм для школярів з урахуванням їхніх мотивів та інтересів, позаяк традиційні форми організації роботи із дитячим контингентом не можуть бути ефективним способом

підвищення рухової активності дітей та їх психоемоційного відновлення в повному обсязі. Означене дозволяє зробити висновок, що ефективність діяльності дитячого оздоровчого табору визначається ступенем реалізації програм, які спрямовані на змістове заповнення вільного часу дітей та підлітків, організованих на основі рекреаційних технологій.

Науковці вказують, що підлітки надають перевагу рекреаційним заходам, а саме: фізкультурно-масовим заходам, спортивним змаганням, культурно-масовим заходам також прогулянки та подорожі [2].

До літнього оздоровлення у дитячих таборах долучається більше половини всіх дітей і підлітків, які навчаються. Згідно статистичних даних Чернівецького міського відділу освіти встановлено, що більше 60 % дітей та підлітків загальноосвітніх шкіл міста відпочивають у оздоровчих таборах, діяльність яких вагомою мірою впливає на рухову активність дитини під час літнього відпочинку [1].

Згідно досліджень, обсяг та структура рухової активності підлітків у навчальний і канікулярний період ведуть малорухомий спосіб життя. Переважають малий (23%) та сидячий (20%) рівні рухової активності (Фремінгемська методика). Високий рівень рухової активності не перевищує 40 хв/добу, що є нижче фізіологічних норм для даної вікової категорії [1].

Підводячи підсумок, можна сказати, що протягом навчального року у дітей всіх іспитованих вікових груп переважає низька рухова активність. Рухова діяльність, що належить до сидячого режиму роботи, займає від 4 до 6 годин на добу. Враховуючи відвідування навчальних занять, обсяг рухової активності малого та сидячого рівнів сягає 50,0 %

часу доби. Загальний рівень рухової активності не перевищує 30 балів за Фремінгемською методикою. Визначено, що руховий режим підлітків у навчальні та вихідні дні за обсягом і структурою активності не забезпечує належного фізичного і психоемоційного відновлення школярів. Тому важливо є правильно організовувати активний відпочинок дітей та підлітків під час канікул. А ефективність діяльності дитячого оздоровчого табору визначається ступенем виконання програм, які орієнтовані на змістове збагачення вільного часу дітей та підлітків руховою активністю, а саме організованих на основі рекреаційних технологій.

Список літератури

1. Гакман А. В. Організація рекреаційно-оздоровчої діяльності дітей 11–14 років в умовах дитячого табору відпочинку : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02; Нац. ун-т фізичного виховання і спорту України. Київ, 2012. 20 с.

2. Омеляненко І., Омеляненко В. Вплив рухової активності на фізичний стан 11 – 12- річних школярів в літніх оздоровчих таборах. Матеріали ві міжнародної науково-практичної конференції «актуальні проблеми розвитку спорту для всіх: досвід, досягнення, тенденції» (24-25 жовтня 2019 р., Тернопіль). Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2019. С. 80-85.

ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ ПРИ КОРОНАВІРУСНІЙ ХВОРОБИ

Наталія ГНЕСЬ

канд. пед. наук, доцент,

доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Олена ЗЕНДИК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації,

ерготерапії та домедичної допомоги,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Коронавірусна хвороба 2019 (англ. Coronavirus disease 2019, COVID-19) – інфекційна хвороба, яка вперше виявлена у людини в грудні 2019 року в місті Ухань, Центральний Китай. Беручи початок зі спалаху хвороба розвинулась у пандемію. Серед іншого Covid-19 спричиняє втрату пружності легеневої тканини, тобто легені не приймають кисень та не випускають відпрацьовані гази настільки ефективно, як до хвороби. Це призводить до кількох проблем – зниження рівня кисню загалом та потрапляння меншої кількості повітря у нижню частину легень, де їх об'єм найбільший. У разі не потрапляння повітря певної ділянки легень, альвеоли колапсують. Цей стан відомий як ателектаз [2].

Дихальна гімнастика при COVID-19 – корисний спосіб тренування легень. Регулярні заняття дихальними вправами можуть поліпшити функцію діафрагми та покращити надходження кисню до легень та альвеол. Вправи розраховані на поліпшення газообміну в альвеолах, виведення мокротиння, відновлення ємності органів дихання. Вправи можна робити самостійно в домашніх умовах. Головне – займатися регулярно і поступово збільшувати тривалість гімнастики.

Починати необхідно із повільного виконання 1-2 вправ та поступово нарощувати об'єми тренувань. Робити по 6-8 повторень кожної вправи приблизно 4-5 разів на день, тривалість виконання вправ від 10 до 20 хвилин в залежності від самопочуття.

Головними завданнями дихальної гімнастики є: посилення роботи діафрагми та зміцнення дихальних м'язів; покращення функції бронхів, альвеол; підвищення вентиляції легень; покращення функції дихання і збільшення газообміну.

Слід дотримуватись основних принципів виконання дихальних вправ:

1. Надавати перевагу черевному типу дихання за допомогою м'язів живота і активних рухів (вниз і вгору) діафрагми.

2. Вдихати повітря треба на повну глибину, легко й тихо через ніс, не створюючи шуму.

3. Вдих робити швидкий і короткий, а видих – у декілька разів довший, підтягуючи передню стінку живота до хребта, але не настільки, щоб відчувати дискомфорт.

У комплекс рекомендують включати вправи для різних типів дихання [1]:

1. Для покращення діафрагмального типу дихання виконують черевне дихання, для якого необхідно: поставити руки на грудну клітку та живіт, робити глибокий вдих випинаючи живіт і видих втягуючи живіт. Цю вправу можна виконувати з обтяженням додатково натискаючи рукою на живіт при вдиху. Якщо цю вправу складно виконувати на початкових етапах реабілітації можна під час видиху допомагати собі натискаючи рукою на живіт.

2. Щоб стимулювати нижньо-грудне дихання необхідно поставити руки на нижні ребра (9-12) і під час вдиху максимально розширювати грудну клітку, на видиху здавлювати її руками. Цю вправу також можна виконувати з обтяженням. Для спрощення вправи можна ставити руки навхрест, ніби обіймаючи себе.

3. Таким самим чином тренується середньо-грудне дихання. Задля цього руки ставлять на середні ребра (5-8).

4. Для одночасного тренування двох вищезгаданих типів дихання виконують вдих, піднімаючи руки догори, а на видиху руки згинають у ліктях та притискають до грудної клітки, тим самим здавлюючи її.
5. При покращенні верхньо-грудного типу дихання задіюють верхні кінцівки. Виконують вдих одночасно з підняттям плечей або рук.
6. Також можна використовувати вправи лише для однієї половини грудної клітки (що може бути доцільним при погіршені функції лише однієї легені). Для цього виконують вправи з нахилом тулуба.
7. Для стимуляції дихальних м'язів необхідно виконувати вправи при яких під час вдиху грудна клітина розширюється, а під час видиху звужується.
8. Досить ефективними є вправи зі скручуванням при яких задіяні м'язи тулуба, черевного пресу, грудні та міжреберні.
9. Надуваючи повітряні кульки, чи дуючи на предмети що знаходяться на відстані можна збільшити об'єм грудної клітини.
10. При швидкому виконанні вдиху та видиху можливо покращити вентиляцію легень та запобігти застійним явищам в них.

Дихальну гімнастику можна виконувати у вигляді статичних (за допомогою дихальних м'язів) та динамічних (у поєднанні з іншими м'язовими групами). Якщо людина може виконувати інтенсивні вправи то слід залучати інші м'язові групи, виконуючи вправи з махами рук та ніг, їх підняттям та відведенням в сторони. А також з різних положень: сидячи, стоячи, лежачі на спині або на животі. Можна використовувати додатковий інвентар у вигляді гантель, палиць, гумових амортизаторів тощо.

Отже, за допомогою дихальної гімнастики можна суттєво пришвидшити відновний період після перенесеного захворювання, однак не слід швидко збільшувати навантаження на дихальний апарат, адже організм залишається ослабленим. Тому навантаження необхідно підвищувати поступово у вигляді збільшення кількості повторень та тривалості виконання окремих вправ. Дихальні вправи не повинні викликати дискомфорт. Біль і утруднене дихання – підстави для припинення заняття. Якщо різко підвищити навантаження на пошкоджені органи дихальної системи, є ризик розриву альвеол і розростання щільної фіброзної тканини.

Список літератури

1. Дыхательные методики при COVID-19 : <https://lyadov-clinic.ru/courses/>
2. Круглов О. Ателектаз легкого : <https://radiographia.info/article/atelektaz>

ОСОБЛИВОСТІ СВІТЛОЛІКУВАННЯ У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Тетяна ГОНЧАР

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

Аліна КАЛЮЖКА

к. мед. н, доцент
кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини,
фізичної терапії та ерготерапії,

Харківський національний медичний університет

У фізичній терапії використовують різні форми лікувальних вправ та фізичних чинників, які впливають на організм хворих світлом, холодом, теплом, ультразвуком, електричним струмом та різними методами лікування за допомогою рук (хіропрактика, остеопатія, масаж). Для визначення виду фізичної терапії головним критерієм є участь хворого в лікувальній процедурі – пасивна чи активна. До пасивних видів фізичної терапії відносять природні та преформовані чинники, мануальна терапія, масаж. Активні види фізичної терапії – це ті, при яких хворий бере активну участь в їх проведенні: свідомо та самостійно виконує призначені рухи, активно, з включенням вольових зусиль.

Мета дослідження – використати різні види та властивості світла (лазерне освітлення, методики хромотерапії та поляризоване світло) з лікувальною метою при часто зустрічаючих синдромах та симптомах на різних етапах медикаментозної реабілітації та підвищення фізіологічних мір організму.

У 25 хворих у віці від 18 до 84 років використовували такі джерела світла як лазерний апарат «Мураха» – довжина хвилі 940 нанометрів, прилад «Біоптрон – компакт», який генерує поляризоване світло, фотофільтри до нього та фотонні матриці Коробова (інфрачервоне світло, червоний, помаранчевий, зелений, жовтий, синій колір).

Дослідження проводились в умовах поліклініки, стаціонару та санаторію у вигляді монотерапії та в комплексному лікуванні з іншими фізичними чинниками. Оцінювався як одноразовий вплив світла, кольору на організм пацієнта, так і вплив курсом – 5-10 процедур.

Візуально впливали на шкіру при використанні поліхромного екрану Коробова, а локально – на біологічно активні точки, рефлексогенні зони, місця запальних процесів, травми, болі.

Лікувалися хворі з ішемічною хворобою серця, гіпертонічною хворобою, остеохондрозом, остеоартрозом, для стимуляції порушень фізіологічних мір захисту організму у людей, які часто хворіють.

Висновки:

1. З метою зниження вираженості хронічного та підгострого больового синдрому рекомендується освітлювати зони болю червоним та помаранчевим світлом від матриць Коробова, поляризованим світлом з червоним фільтром.
2. Для підвищення активності фізіологічних мір захисту організму (мобілізації внутрішніх резервів, стійкості та супротиву організму) доцільно використовувати поліхромний екран Коробова (візуальні методики), освітлення стоп та кистей поляризованим світлом, використання фотонних матриць Коробова жовтого кольору, освітлення червоним лазером (630 нм) БАТ.
3. З метою покращення реологічних властивостей крові (агрегації еритроцитів, функцій ендотелія, що проявляється посиленням мікроциркуляції) необхідно використати освітлення зон та судин ІЧ-світлом та зеленим кольором від фотонних матриць Коробова.
4. Для отримання гіпотензивного ефекту слід застосувати зелений, або синій колір за допомогою зеленої матриці Коробова або поляризоване світло з зеленими та синіми факторами.

ВИКОРИСТАННЯ ВІБРАЦІЙНИХ ПЛАТФОРМ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ТА ХОДЬБИ У ОСІБ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

Олександр ГОРДАШЕВСЬКИЙ

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

Розсіяний склероз (РС) – хронічне неврологічне демієлінізуюче захворювання, що вражає центральну нервову систему. Це захворювання є провідною причиною нетравматичної неврологічної інвалідності в осіб зрілого віку в Європі [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, РС вражає приблизно 1,3 млн осіб у всьому світі; глобальний рівень поширеності РС оцінюється як 30 осіб на 100 000 населення з переважанням розповсюдженості серед жінок [2].

Клінічний перебіг РС відрізняється значною варіативністю, залежно від тяжкості та локалізації уражень, і характеризується складними порушеннями у вигляді погіршення рухових, сенсорних, зорових та генітосфінктеральних функцій [3]. Ці порушення зазвичай є причиною поступового обмеження функціонування в повсякденному житті і вимагають довготривалої багатопрофільної реабілітації.

Щодо рухової сфери, найбільш характерними наслідками РС є зменшення сили, порушення координації, ходьби, рівноваги, збільшення страху падіння та підвищення ризику падінь [4-5]. Згідно із сучасними науковими даними, фізичні можливості (рухливість, аеробні здібності та

м'язова сила) та рівновага можуть бути покращенні в осіб із РС за допомогою заходів фізичної терапії. [6, 7].

Вібрація всього тіла через передачу механічних подразників є корисним терапевтичним інструментом при відновленні неврологічного дефіциту [8]. На сьогоднішній день, представлене велике різноманіття реабілітаційних пристроїв, вібраційних платформ та пристосувань для використання дозованої вібрації на організм пацієнта. Прикладом використання можуть бути тренажери типу: power plate vibration trainer, viberplate trainer, SRT Zeptor Medical-plus noise trainer.



Рис. 1. Віброплатформа «SRT Zeptor Medical-plus noise trainer»

Зазвичай тренування проводяться тричі на тиждень протягом трьох тижнів. Пацієнти приймають звичайне положення стоячи або напівприсіду на віброплатформі. Тренувальні заняття складаються із серії вправ по 3 сеті по 60 секунд із збільшенням амплітуди між заняттями. Визначається значне покращення усіх показників у порівнянні з вихідним рівнем щодо наступного спостереження ($P < 0,001$). Тест з 6-хвилинною ходьбою показав значно більші покращення порівняно з вихідним рівнем щодо наступного спостереження, ніж у контрольній групі ($P < 0,001$) зазначається у дослідженні [9].

Фактори які визначають покращення здатності до ходьби у пацієнтів із розсіяним склерозом специфічні та найбільше залежать від вібраційних тренувань, спрямованих на підвищення постуральної стійкості та силової витривалості [9-10].

Отже, враховуючи сучасні, інноваційні дослідження у сфері відновлення та реабілітації осіб із розсіяним склерозом, можна стверджувати що використання вібраційних платформ для відновлення постурального контролю та ходьби у пацієнтів із розсіяним склерозом показують значну ефективність. Враховуючи поширеність РС вважається доцільним збільшити вітчизняні дослідження з цієї проблематики, зокрема у складі комплексної фізичній терапії осіб із розсіяним склерозом.

Список літератури

1. Browne P, Chandraratna D, Angood C, Tremlett H, Baker C, Taylor BV, Thompson AJ. Atlas of Multiple Sclerosis 2013: A growing global problem with widespread inequity. *Neurology*. 2014 Sep 9;83(11):1022-4.
2. Gasper JM, Lewis M, Kroeger A, Muz B, LaRocca N, Frankel D. Multiple Sclerosis Adult Day Programs and Health-Related Quality of Life of Persons with Multiple Sclerosis and Informal Caregivers. *Int J MS Care*. 2020;22(4):187-192.
3. Milo R, Miller A. Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis. *Autoimmun Rev*. 2014 Apr-May;13(4-5):518-24.
4. Comber L, Galvin R, Coote S. Gait deficits in people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Gait Posture*. 2017 Jan;51:25-35

5. Nilsagård Y, Gunn H, Freeman J, et al. Falls in people with MS--an individual data meta-analysis from studies from Australia, Sweden, United Kingdom and the United States. *Mult Scler*. 2015;21(1):92-100.
6. Amatya B, Khan F, Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jan 14;1(1):CD012732.
7. Paltamaa J, Sjögren T, Peurala SH, Heinonen A. Effects of physiotherapy interventions on balance in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Rehabil Med*. 2012 Oct;44(10):811-23.
8. Alguacil D., Pedrero H., Molina R., Cano de la C., Effects of vibrotherapy on postural control, functionality and fatigue in multiple sclerosis patients: A randomised clinical trial, *Neurología (English Edition)*,V. 27(3), 2012. P. 143-153.
9. Hilgers C, Mündermann A, Riehle H, Dettmers C. Effects of whole-body vibration training on physical function in patients with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*. 2013;32(3):655-63.
10. Kang H, Lu J, Xu G. The effects of whole body vibration on muscle strength and functional mobility in persons with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*. 2016 May;7:1-7.

**CORRECTION AND DEVELOPMENT PROGRAM FOR CHILDREN
WITH HEARING IMPAIRMENTS**

Viktoriiia HOROSHKO

Faculty of Physical Culture and Sports,
National University Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic

In the process of physical culture and health-improving work with children with hearing and speech impairments, the main attention should be focused on revealing the child's originality, on creating an individual correctional and developmental program for him, based on a comprehensive study of the characteristics of his development. This requires knowledge of the general theoretical patterns of a child with a developmental disorder in order to be guided by them in pedagogical work[1].

The main goal of early diagnosis and assistance to the child is to ensure social, emotional, intellectual and physical growth and achieve maximum success in the development of his abilities. But, as you know, the study of a child with developmental disabilities cannot be limited only to establishing the degree and severity of the defect, but also includes a compensatory process[2].

All the variety of disorders in the development of a deaf child is not the result of only a limited access to sound stimuli. Here, as a direct consequence, only disturbances in speech development follow. Speech acts as a means of interconnecting people with the outside world. Violation of such a connection leads to a decrease in the information received, which affects the development of all cognitive processes and, thus, affects, first of all, the process of mastering all types of motor skills[3].

The main pathology can cause a chain of consequences, which, having arisen, become the causes of new disorders and are concomitant. It was found that hearing loss in children is accompanied by disharmonious physical development in 62% of cases, defects in the musculoskeletal system (scoliosis, flat feet, etc.) in 43.6% of cases, and motor development delay in 80% of cases. Concomitant diseases are observed in 70% of deaf children. In children with hearing impairment, there is a delay in the development of locomotor static functions, which, in turn, affects the formation of interanalyzer connections, narrows the "near" space. A delay in the development of

"upright standing" (mastery of sitting, walking, etc.) leads to a violation of orientation in space and in the objective world[4-5].

Deaf preschoolers differ from their hearing peers in somatic weakness, insufficient motor mobility. It has been established that deaf children of preschool age lag behind their peers in psychophysical development by 1-3 years.

The peculiarity of the development of attention, perception of children with hearing impairments, significantly affects the activity of memory. In children, visual perception dominates, so the entire memorization process is mainly based on visual images, while for those who hear this process, it is auditory-visual and relies on active sound speech.

The lag in the sensory development of deaf children is associated with secondary defects: underdevelopment of objective activity, lag in the development of communication with adults, both verbal and non-verbal. These children are incapable of an independent analysis of the situation, the selection of properties and relations of objects that are essential for the performance of this activity. Only in the third year of life in the activities of children begins to take shape practical orientation in the properties of objects, which is mainly manifested in actions with didactic toys. Objective activity does not become leading in children at an early age.

The lag in the development of objective and instrumental activity not only affects the formation of a sensory basis, but is also reflected in the level of development of visual thinking in children with hearing impairments. The study of the state of visual forms of thinking in children indicates a lag not only in the development of visual-figurative, but also visual-effective thinking. The formation of visual-effective, practical thinking proceeds in them with a significant lag in time and with some quantitative and qualitative differences from its formation in normally developing children, despite the presence of general developmental trends.

Conclusion. Thus, the features of the development of visual thinking, as well as the development of perception, in children with hearing impairment testify to the originality of the development of sensory cognition, practical orientation,

understanding the patterns that exist in the objective world. An organized movement sharpens the child's sense of different degrees of tension, duration, speed, emphasis and develops a sense of one's own body, which can then be more easily controlled in macro movements, moving on to control micro movements of the articulatory muscles.

References:

1. Aigerim C. et al. Evaluation of oral speech of Students with hearing impairments with perspectives of special learning technologies //World Journal on Educational Technology: Current Issues. – 2021. – T. 13. – №. 3. – C. 502-513.
2. Davis J. M. et al. Effects of mild and moderate hearing impairments on language, educational, and psychosocial behavior of children //Journal of speech and hearing disorders. – 1986. – T. 51. – №. 1. – C. 53-62.
3. Khmel'nitska I. et al. Biomechanical control of motor function of junior schoolchildren with hearing impairment //Journal of Physical Education and Sport. – 2021. – T. 21. – №. 4. – C. 1806-1813.
4. KraKowiaK K. Linguistic education and logopedic therapy in the program for the early support of the development of children with profound hearing impairments //Logopedia. – 2016. – T. 45. – C. 181-203.
5. Orikhovska A. et al. Social integration of hearing-impaired students by means of health-enhancing and recreational activities //Teoriâ Ta Metodika Fìzičnogo Vihovannâ. – 2020. – T. 20. – №. 2. – C. 86-94.

КЛІНІЧНИЙ І РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Роман АНДРУШКІВ

студент II курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Загальний огляд проблеми. На сьогоднішній день дуже поширеним є травматизм плечового суглобу різних груп населення, що може призводити до їх непрацездатності. Майже 70% усіх пошкоджень та захворювань м'яких тканин плеча пов'язані з м'язами і зв'язками ротаторної манжети плеча [1].

Також збільшується побутовий та спортивний травматизм (2-5% загального), з них 25-40% гострих та 60-75% хронічних травм, а рецидиви останніх складають 20-70% випадків [1].

Ротаторна манжета плеча (РМП) – це група чотирьох м'язів, що стабілізують голівку плечової кістки у лопатковій ямці, а також координують рух плечового суглоба. Вона забезпечує обертальні рухи в плечовому суглобі, що є головною умовою виконання багатьох активностей повсякденного життя, таких як одягання, діставання предметів з високих поверхонь, прийому душу або ванни.

Серед симптомів основними є біль як постійний, так і при виконанні характерних рухів (локалізація у сухожиллі довгої головки двоголового м'яза плеча – 56,7%, власне у ротаторній манжеті – 31,6% і під акроміоном – 11,7% випадків з 60 хворих за результатами дослідження М.

Адель, Ю. Марайти) та обмеження амплітуди руху зі зростанням больових відчуттів при активному відведенні 70-120° [2].

За генезом пошкодження РМП бувають дегенеративні та травматичні [3]. В основі травматизації лежить механічний чинник, як некероване перевантаження сухожильно-капсульного апарата плечового суглоба (травматична концепція) [4], так і через незначні травми на фоні дегенеративно-дистрофічних змін (диспластична концепція) [4].

На сьогодні використовують дві стратегії лікування: консервативне та оперативне (артроскопічне, малоінвазивне оперативне втручання), що визначається тяжкістю травми та характером пошкоджень манжети.

Втім, слід зазначити, що використання артроскопічного втручання найбільш оптимальне при малих та середніх розривах РМП та у свіжих випадках. При тотальних розривах з відривом від місця інсерції РМП та при значній ретракції сухожильних частин, застарілих пошкодженнях віддають перевагу відкритому малоінвазивному методу [4].

У будь-якому випадку розривів сухожильно-капсульного апарата плечового суглоба найбільш оптимальним вважають початок операційного втручання з артроскопії, завдяки якій визначаються всі пошкодження плечового суглоба, а по можливості і їх усунення [4].

Основні реабілітаційні заходи в процесі консервативного лікування пошкоджень плеча включають: лікувальну гімнастику (ЛГ), механотерапію, вправи для м'язів шиї, кисті, передпліччя, плеча, спини, постізометричну релаксацію (ПІР) м'язів шиї та плечового поясу, різні види масажу, мануальну терапію, фізіотерапію [1].

Для відновлення хворих після артроскопічної реконструкції використовують комплекси спеціальних вправ, що стимулюють відновлення рухів і профілактику туго рухливості, вправи для укріплення плечового суглоба та тренажери фітбол і BOSU (наприклад, віджимання на одному або двох таких тренажерах) [1].

Висновок. Незалежно від лікувальної стратегії підхід до патологій РМП повинен бути комплексним, що означає наявність відповідної та ефективної програми реабілітації як під час консервативного лікування, так і після оперативного.

Список літератури:

1. Адель М.А., Марайта Ю.А., Попадюха В.С. Обоснование программы физической реабилитации после артроскопической реконструкции ротаторной манжеты плеча. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2015. № 1. С. 16-21.
2. Адель М.А., Марайта Ю.А., Попадюха В.С. Особенности физической реабилитации при повреждениях ротаторов манжеты плеча. *Науковий Часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : зб. наук. пр. К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. 21. С. 4-8.*
3. Аскерко Э.А. Классификация патологии ротаторной манжеты плеча. *Вестник ВГМУ*, 2006, Том 5, №2. С. 86-90.
4. Півень Ю.М., Ксьонз І.В., Литвин Ю.П., Пилипенко О.В., Павленко С.М. Аналіз операційних втручань при пошкодженнях ротаційної манжети плеча із застосуванням артроскопії. *Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука*. 2015. С. 41-43.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНА У ЛІТНІХ ЛЮДЕЙ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Богдана ВАЙДИЧ

студентка I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Після оперативних втручань з приводу перелому стегна відновлення літньої людини посилюється, якщо їй надається необхідна реабілітаційна допомога. Відновлення після перелому стегна починається з моменту поступлення, коли пацієнт і його родина отримують реалістичну інформацію про ймовірний перебіг та час виписки. Чим раніше можна буде дослідити цілі та очікування пацієнта та визначити інформацію про перешкоди та підтримку відновлення незалежності, тим більша ймовірність, що людина збереже відчуття контролю та самоефективності, що, ймовірно, буде пов'язано з кращими результатами [3, 6].

Реабілітація включає діагностику та лікування порушень, запобігання та лікування ускладнень, уповільнення втрати функції, а якщо це неможливо, компенсацію втрачених функцій (наприклад,

призначення засобів для ходьби, адаптації ванної кімнати, додаткової допомоги вдома) [8].

Компоненти програм реабілітації відрізняються, включаючи тривалість та параметри, за яких програми здійснюються (домашній, стаціонарний, амбулаторний). Стандартне лікування пацієнтів з переломом стегна також відрізняється в різних країнах. Аудит у Великобританії показав, що 70% пацієнтів з переломами стегна отримують оцінку ортогеріатра, а 92% – оцінку падінь. Ці цифри становили лише 27% для оцінки ортогеріатра та 4% для оцінки падінь у лікарні третього рівня в Пекіні [7, с. 677].

У клінічній практиці наріжним каменем реабілітаційного підходу є командна робота різних фахівців (фізіотерапевта, ерготерапевта, дієтолога, соціального працівника, психолога, лікаря), які регулярно зустрічаються, ставлять цілі, переглядають прогрес у досягненні цих цілей разом із пацієнтом та оцінюють результати. Шанс на одужання збільшується, якщо в клінічний підхід включати наступні елементи [3, с. 242]:

Оцінка: визначення проблем, які необхідно вирішити, що включає розуміння преморбідного рівня функціонування та розуміння поточних супутніх захворювань.

Постановка цілей: визначення того, що можна покращити, а що ні. Зокрема, оцінка того, який рівень мобільності та незалежності при купанні та одяганні, ймовірно, буде досягнутий у короткостроковій, середньостроковій та довгостроковій перспективі. Аналогічно, визначити, яка неформальна та офіційна підтримка доступна, щоб допомогти одужанню.

Лікування: втручання для покращення медичних та функціональних проблем (таких як біль, дефіцит вітаміну D, недоїдання,

депресія), а також фізичні та психосоціальні втручання для досягнення цілей реабілітації.

Оцінка : перевірка ефективності втручань (тобто повторна оцінка).

Планування: організація служб підтримки; надання стратегій самоконтролю для пацієнтів та осіб, які доглядають за ними.

Після безпосереднього післяопераційного періоду слід дотримуватися реабілітаційного маршруту. Зокрема, існує потреба оцінити слабкість, встановити цілі для максимізації мобільності та інших аспектів функцій, оцінити потребу в допоміжних засобах (використовуючи послуги ерготерапії, якщо вони доступні) та визначити стратегії підтримки та покращення незалежності в повсякденній діяльності [7]. Стратегії запобігання падінням підкріплюються як пацієнтами, так і родинами.

Психосоціальні фактори є предикторами відновлення після перелому стегна, і їхня роль у функціональному відновленні після перелому стегна була визнана важливою [1]. Депресивні симптоми після перелому стегна збільшують ймовірність погіршення рухливості, функції та психологічних наслідків [1]. Страх падіння поширений у людей з переломом стегна і пов'язаний з поганим відновленням, зниженням рухливості, тривогою та самоефективністю, пов'язаною з падінням [2]. Переломи стегна зустрічаються часто, і багато літніх людей у суспільстві побоюються, що перелом стегна призведе до переїзду в стаціонар для людей похилого віку. В австралійському дослідженні 80% жінок, які проживають вдома, яким загрожує перелом стегна, сказали, що

вони воліють померти, аніж отримати перелом стегна, що потребує переселення в інтернат для людей похилого віку [5, с. 343].

Після перелому стегна багато людей залишаються ходити з допоміжними засобами, з обмеженнями у користуванні громадським транспортом, хобі та ролями, що може призвести до значної втрати якості життя. Максимальне функціональне відновлення має важливе значення, але не менш важливо забезпечити адекватну підтримку літнім людям з метою «зміни реагування» та коригування; визначення способів компенсації змін, наприклад, шляхом визнання втрат у мобільності, але надання доступу до альтернатив [4, с. 445].

Таким чином, підтримка медичних працівників надає не лише інформацію та вправи, а й емоційну та мотиваційну підтримку, підвищення впевненості. Підтримка родини, опікунів та друзів також розглядається як неоціненна допомога. Таким чином, включення психологічних та соціальних втручань у програми реабілітації при переломах стегна є дуже важливим.

Список літератури

1. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Platz A, Orav EJ, Stähelin HB, Willett WC, Can U, Egli A, Mueller NJ, Looser S, Bretscher B, Minder E, Vergopoulos A, Theiler R. Effect of high-dosage cholecalciferol and extended physiotherapy on complications after hip fracture: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 170(9). 2010: 813-820.

2. Bower ES, Wetherell JL, Petkus AJ, Rawson KS, Lenze EJ. Fear of falling after hip fracture: prevalence, course, and relationship with one-year functional recovery. *Am J Geriatr Psychiatry* 24(12). 2016: 1228-1236.

3. Fortinsky RH, Bohannon RW, Litt MD, Tennen H, Maljanian R, Fifield J, Garcia RI, Kenyon L. Rehabilitation therapy self-efficacy and functional recovery after hip fracture. *Int J Rehabil Res* 25(3). 2002. p. 241-246.

4. Pol M, Peek S, van Nes F, van Hartingsveldt M, Buurman B, Kroese B. Everyday life after a hip fracture: what community-living older adults perceive as most beneficial for their recovery. *Age Ageing* 48(3). 2019: 440-447.
5. Salkeld G, Cameron ID, Cumming RG, Easter S, Seymour J, Kurrle SE, Quine S. Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *BMJ* 320(7231). 2000: 341-346.
6. Schwarzer R, Luszczynska A, Ziegelmann JP, Scholz U, Lippke S. Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychol* 27(Suppl 1). 2008: 54-63.
7. Tian M, Gong X, Rath S, Wei J, Yan LL, Lamb SE, Lindley RI, Sherrington C, Willett K, Norton R. Management of hip fractures in older people in Beijing: a retrospective audit and comparison with evidence-based guidelines and practice in the UK. *Osteoporos Int.* 27(2). 2016: 677-681.
8. World Health Organisation. World report on disability. World Health Organisation, Geneva. 2011.

СТРАТЕГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Юлія КЛЮЧНИК

студентка II курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

У теперішній час у світі відзначається збільшення числа хворих на різні ендокринні захворювання. Серед ендокринопатій чільне місце належить цукровому діабету (ЦД), що здебільшого призводить до втрати працездатності та інвалідності, особливо серед молоді та осіб середнього віку, що мають важливе медико-соціальне значення [7].

За оцінками експертів Міжнародної діабетичної асоціації захворюваність на цукровий діабет становить близько 400 млн осіб і щороку зростає. Саме тому це питання набирає все більшої актуальності як в Україні так і за її межами [5, с. 36].

Прогресування цукрового діабету, а особливо поганий глікемічний контроль, призводить до численних потенційно небезпечних для життя ускладнень. Оскільки ЦД призводить до таких порушень як: діабетична нефропатія, ретинопатія, нейропатія; макроангіопатичних, кісткових, суглобових та шкірних ускладнень, гостро постає проблема комплексного підходу до лікувальних та реабілітаційних заходів, що забезпечує мультидисциплінарний підхід. Він передбачає участь та взаємодію лікарів потрібної спеціальності щодо лікування одного пацієнта [7].

Мультидисциплінарна команда (МДК) являє собою групу фахівців різних видів спеціальності, що надають реабілітаційні послуги особі, яка їх потребує, для забезпечення відновлення або компенсації наявних обмежень життєдіяльності. Кожен фахівець команди розробляє свою частину програми таким чином, щоб потім ця програма могла комплексно вирішувати завдання реабілітації пацієнта, а заходи програми одночасно доповнювали та посилювали дію один одного [1].

Діабет є прикладом складного стану, коли необхідна оцінка декількох фахівців, що і забезпечує мультидисциплінарний підхід. Організатором та координатором виконання всього реабілітаційного комплексу виступає лікар фізичної та реабілітаційної медицини. Саме він відповідає за: обстеження; визначення головних реабілітаційних цілей; встановлення необхідних втручань для їх досягнення; підбір мультидисциплінарної команди, що буде проводити втручання; контроль проведення цих втручань та їх ефективності з подальшим коригуванням [2]. Також до складу МДК входять фізичний терапевт, ерготерапевт, медсестра, ендокринолог, дієтолог, соціальний працівник, психолог та лікарі інших спеціальностей при потребі.

МДК має на меті досягти цілей лікування та надавати комплексні, структуровані, часткові консультації в інтерактивному стилі, включаючи консультації щодо поведінки та самообслуговування людей із цукровим діабетом. Так, огляд ендокринолога включатиме спостереження за прогресуванням захворювання, результатами аналізу крові та сечі, ваги та артеріального тиску. Відповідно до цих показників він буде коригувати план втручань [1].

В обов'язки медсестри входить контроль рівня цукру, показників артеріального тиску, маси тіла, аналізів сечі й крові та прийом ліків. Також під час візиту пацієнта медична сестра повинна уточнити будь-які питання та проблеми [7].

Невід'ємну складову при цьому захворюванні становлять і дієтологи, головним завданням яких виступає розробка індивідуального

плану харчування, що враховує смаки та перевагу клієнта, забезпечуючи при цьому стабільність рівня глюкози в крові [7].

Діабет може призвести до різних ускладнень, зниження рухливості, а внесок фізичного терапевта спрямований на підвищення сили, рівноваги та витривалості, покращення обміну речовин, незалежності і в загальному стану здоров'я людей з діабетом на будь-якій стадії захворювання. На жаль, деякі наслідки ЦД можуть призвести до інвалідності, що вимагає перенавчання та повторного навчання для деяких життєво важливих видів повсякденного життя, тому велика роль відведена і ерготерапевтам. Оскільки вони забезпечують реабілітаційні заходи для покращення функцій людей, допомагають з адаптацією, що може знадобитися вдома для того, щоб забезпечити незалежність життя і зробити його більш комфортним [7].

Численні дослідження продемонстрували вплив депресії на розвиток цукрового діабету, особливо при наявності супутніх захворювань або ускладнень [4, 5]. Саме тому важлива роль покладена і на психолога. Когнітивна поведінкова терапія покращують глікемічний контроль [3].

Медичний соціальний працівник проводить сеанси, включаючи застосування шкали діабету-17 (DDS17) [8], шкали звіту про прихильність до прийому ліків-5 (MARS-5) [6], оцінки обізнаності пацієнта про свій стан, поінформованості та рівня мотивації, залучення опікуна (якщо є) та встановлення цілей. Його діяльність зосереджується на використанні методології зміни здоров'я для обговорення основних способів самообслуговування, які передбачають хороший результат при цукровому діабеті: здорове харчування, фізичну активність, моніторинг рівня глюкози в крові, отримання ліків, хороші навички вирішення проблем [7].

Також в МДК можуть входити і масажисти, адже масаж може бути корисним для лікування хворобливих нейропатій, які виникають у людей з діабетом. У поєднанні з впливом на кровообіг і зняття стресу, він є важливим доповненням до інших методів лікування ЦД [7].

Список літератури

1. Ірина Сисоєнко «Важливість мультидисциплінарних команд у реабілітаційному процесі». Всеукраїнська Асоціація Фізичної Медицини, Реабілітації і Курортології /27 Лютого, 2020/ URL: <https://vafk.org.ua/vazhlyvist-multydyscyplinarnyh-komand-u-reabilitacijnomu-proczesi/>

2. «Нові посади і мультидисциплінарна команда: МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації»/ 24 травня 2019/ URL: <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posadi-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhue-vprovadzhuвати-pidhid-dokazovoi-reabilitacii>.

3. Deuschle M. Effects of antidepressants on glucose metabolism and diabetes mellitus type 2 in adults. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26: 60-65.

4. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care*. 2004;27: 1066-1070.

5. Glasgow R, Toobert D, Gillette C. Psychosocial Barriers to Diabetes Self-Management and Quality of Life. *Diabetes Spectrum*. 2001;14: 33-41.

6. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychol Health*. 2002;17: 17-32. doi: 10.1080/08870440290001502.

7. «How a Multidisciplinary Allied Health Team Can Help People Manage Diabetes» /Empower Healthcare/ URL: <https://www.empowerhealthcare.com.au/how-a-multidisciplinary-allied-health-team-can-help-people-manage-diabetes/>

8. Polonsky WH, Fisher L, Earles J, Dudl RJ, Lees J, Mullan J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*. 2005; 28(3): 626-631. doi: 10.2337/diacare.28.3.626.

ОСОБЛИВОСТІ ДИЗАЙН-ОБЛАШТУВАННЯ ЖИТЛА ДЛЯ ЛЮДИНИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Анна МАРКІВ

студентка I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

За даними Державної служби статистики станом на 01.01.2021 в Україні налічується 2,7 мільйони людей з інвалідністю. Але не всі випадки інвалідності зафіксовані, особливо це стосується літніх людей [5, 6]. Багатьом людям з інвалідністю незручно використовувати звичайні предмети та послуги, тому що вони зроблені без урахування їхніх потреб та можливостей.

Дизайн має враховувати те, що продуктом будуть користуватися особи з різними фізичними та когнітивними можливостями [4]. За словами дизайнерів, роблячи ремонт для клієнта з інвалідністю, всю ергономіку (ширину проходів, висоту стільниць, полиць тощо) слід

звіряти не з умовними нормами, а з клієнтом. «Моделі колясок, можливості людини у цьому стані дуже відрізняються. Хтось легко дотягнеться до полиці 1,6 м, а для когось це неможливе зусилля» [1].

Щоб забезпечити належний рівень комфорту і затишку людині в інвалідному кріслі необхідно переобладнати житлове приміщення таким чином, щоб вона могла самостійно виконувати більшість побутових операцій. Характер змін завжди індивідуальний і залежить від захворювання, однак існує ряд загальних принципів [2, с. 33].

Перше, що потрібно врахувати для організації простору, це параметри інвалідного візка. Вони стандартні і це дуже важливо для того, щоб врахувати дверні прорізи, проходи та переходи між кімнатами. Ширина стандартного візка 450-550см, плюс колеса і людина, що сидить в ньому, загалом це габарит 900мм. Це треба врахувати при організації дверних отворів, особливо дверних отворів ванної кімнати та другорядних приміщень. У нас стандартна дверна коробка це 900. Іноді в ванній кімнаті або в якихось інших кімнатах ставиться 800. Це означає, що повинно бути 900 або 950. Найкраще створити арки чи отвори або максимально відкритий простір [3, 2].

Максимально допустима висота перешкоди для коляски за будівельними нормами – 14 мм. А це означає, що потрібно як мінімум подбати про стики при укладанні підлогового покриття (плитки та дошки, наприклад): під них слід готувати різної висоти стяжку, щоб у фіналі укласти покриття без перепаду висот [3, 3].

За словами дизайнерів, прибираючи пороги та перепади висот у квартирі маломобільних мешканців, найчастіше забувають про вхідні

двері. «Жодних порожків і сходинок – ні на балкон, ні у ванну. І класти плитку в квартирі, крім ванної кімнати, дизайнери не радять. Це травмонебезпечно». Краще, якщо підлога буде неслизькою, наприклад, із пробки, паркету [1].

Дуже важливо забезпечити людині доступ до всіх необхідних предметів. Вішалки, дзеркала, вимикачі, полки (в тому числі на кухні та у ванній), навісні шафи, ручки дверей, телефон повинні розташовуватися не вище 110 см і не нижче 30 см від підлоги. Діставати предмети, які високо стоять людині з інвалідністю допоможе пристосування у вигляді «хапалки» [2, с.34]. У квартирі людини на колясці не повинно бути килимів з довгим ворсом – вони заважають пересуванню. За стандартом максимальна висота ворсу в цьому випадку – 13 мм. В принципі, килимові покриття можна використовувати, але вони повинні бути щільно закріплені, особливо на стиках полотен [1].

Кухня для колясочника повинна мати зручну висоту стільниці (зазвичай 75-80 см від підлоги), широкий прохід (близько 1,5 м) та зручний під'їзд до робочої зони. Якщо кухонна кімната вузька, дизайнери зазвичай замовляють меблі та стільницю глибиною 50, а не 60 см [1]. Важливо, щоб обробний стіл, мийка, плита та раковина знаходилися на одній висоті і до них можна було під'їхати на візку, також як і до обіднього столу, ніжки якого за необхідності встановлюються на підпірки [2, с. 34]. Верхніх шафок зазвичай немає, зате внизу влаштовано більше місць для зберігання. В інтер'єрі квартири для людини з інвалідністю велику роль відіграють деталі. Так, ручки на кухні та в коридорі краще робити інтегрованими, щоб не чіпляти візком. Кран вибирати з висувним душем – так зручніше мити посуд [1].

Бажано, щоб санвузол в квартирі був поєднаним – це додає простору для маневрів на візку. Стінку, що розділяє ванну кімнату і туалет, зносять, дверний прохід розширюють, а звичайні двері замінюють

на розсувні. Санвузол варто оснастити важливими водопровідними кранами і належними поручнями, а підлогу покрити шорстким гігієнічним матеріалом. Поручні встановлюють в душовій кабіні, поряд з ванною, унітазом і раковиною (а при необхідності – по всьому периметру санвузла) [2, с. 34]. У душовій має бути сидіння, поручні, ручний душ. Не забувати про гачки для одягу, милиць та іншого приладдя поруч із душем. Зручна висота відкидного сидіння чи лавки – 48 см від підлоги [1]. Якщо інвалід може вставати, то біля унітазу слід вмонтувати в підлогу Г-подібну штангу і покласти гумовий килимок. Якщо в квартирі є балкон або лоджія, людині в інвалідному візку обов'язково потрібно забезпечити туди доступ, адже це фактично вікно у зовнішній світ [2, с. 34].

Список джерел:

1. Інвалідність та ремонт: Знахідки з проектів дизайнерів. URL: <https://www.houzz.ru/statyi/invalidnosty-i-remont-nahodki-iz-proektov-dizaynerov-stsetivw-vs~105246656>
2. Реабілітація інвалідів-візочників : методичні рекомендації / Уклад. : О. М. Звіряка. – Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. – 120 с.
3. Обустройство квартиры для человека с ограниченными возможностями. URL: <https://ruki-mastera.com.ua/kak-obustroit-kvartiru-cheloveka-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami.html>
4. Методичні рекомендації щодо впровадження принципів універсального дизайну. URL: <https://adm.dp.gov.ua/storage/app/media/Pro%20oblast/Rozvytok%20rehionu/Dostupna%20Ukrayina/Dostupnist%20obyektiv%20dlya%20osib%20>

z%20invalidnistyu%20Dnipropetrovskoyi%20oblasti/metodychni-rekomendatsiyi-po-universalnomu-dyzaynudoc-min.pdf

5. Правова обізнаність осіб з інвалідністю є необхідним інструментом захисту їх законних інтересів. URL: <https://unba.org.ua/news/6841-pravova-obiznanist-osib-z-invalidnistyu-e-neobhidnim-instrumentom-zahistu-ih-zakonnih-interesiv.html>

6. Вхід вільний: інклюзивне місто. Універсальний дизайн та де його шукати. URL: <https://telegraf.design/vhid-vilnyj-inklyuzyvne-misto/>

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ВНАСЛІДОК ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

Юлія СЕМЕНИШИН

студентка II курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

Наслідки мозкового інсульту на сьогодні є однією з основних причин інвалідизації населення й тривалої тимчасової втрати працездатності, що в більшості випадків пов'язано з руховими порушеннями. Геміпарез у гострому періоді інсульту спостерігається в 80-90% хворих, у 40–50% випадків мають місце сенсорні розлади [1, с. 10]. У зв'язку з цим одним із пріоритетних завдань практичної медицини є відновлення втраченого здоров'я населення. Як відомо, протягом

найближчого місяця після інсульту помирають 30 % хворих, а до кінця року – від 45 до 48%; 25-30% хворих, які пережили інсульт, залишаються інвалідами, до трудової діяльності повертаються не більше 10-12%. У той же час велика частка пацієнтів може й повинна досягти поліпшення порушених унаслідок інсульту функцій [4, с. 19].

Рання реабілітація і мультидисциплінарний підхід забезпечують зниження кількості ускладнень, а також витрат на медикаментозне лікування. Крім того, вони покращують функціональні результати, зменшують необхідність у повторній госпіталізації. Отже, організація відновного лікування й реабілітації пацієнтів із цереброваскулярною патологією на основі використання мультидисциплінарного підходу є обґрунтованим і доцільним підходом, оскільки сприяє ефективнішому відновленню порушених функцій, у тому числі збільшенню мобільності і незалежності від допомоги оточуючих, а також якісно змінює рівень психологічної і соціальної адаптації пацієнтів [3, с. 82].

Успіх повного відновлення порушених функцій, залежить від ранньої мобілізації. Чим раніше починається лікування та реабілітація, тим більш вірогідно уникнути тяжких наслідків захворювання. Провідну роль у досягненні максимально можливого відновлення відіграє мультидисциплінарний підхід та визначення індивідуальної програми реабілітації багатопрофільною командою [5].

Відновне лікування й реабілітація пацієнтів проводяться з застосуванням індивідуальних програм. Так, базовою складовою програм для пацієнтів із руховими порушеннями є спеціальні прийоми,

спрямовані на відновлення порушених функцій шляхом освоєння уніфікованих рухових режимів:

-Індивідуальні та групові заняття кінезотерапією з інструктором і самостійно на тренажерах з урахуванням наявного рухового дефекту;

-Методи фізіотерапії, спрямовані як на центральні, так і на місцеві механізми регуляції м'язового тону і рухів;

-Методи корекції запаморочення і порушень рівноваги (стабілотренінг) [6, с. 36].

Важливо розуміти, що програми реабілітації для пацієнтів мають свої особливості, і перш за все це стосується соціально-середовищної орієнтації і соціально-побутової освіти. До них належать підбір адекватного виду суспільної і сімейно-суспільної діяльності, навчання практичним навичкам, знанню, умінню в процесі сімейно-побутової і суспільної діяльності (користування телефоном, дзвінком, годинником, запальничкою, книгою, газетою, кранами, ключем, туалетом; відновлення навичок одягання, прийому їжі, відкривання і закривання дверей, переміщення в квартирі, сходами тощо) [2, с. 23].

Кваліфікований, грамотний догляд, емоційна й психологічна підтримка пацієнта також є важливими складовими елементами реабілітації пацієнтів. Тому консультації психотерапевта і раціональна психотерапія для осіб, які доглядають за пацієнтом, особливо при неможливості контакту з хворим унаслідок когнітивних або мовних порушень, мають виняткове значення для якості допомоги [4, с. 21].

Соціально-побутові послуги як елемент реабілітації досить актуальні для даного контингенту пацієнтів. Указаний вид допомоги включає домашнє обслуговування (приготування їжі, прибирання житлових приміщень, придбання продуктів, медикаментів, палива, санітарно-гігієнічна обробка, послуги пошти, пральні, перукарні тощо),

обслуговування в спеціально закріплених установах (побутового обслуговування, торгівлі, аптеці тощо) [4, с. 38].

Список літератури

1. Волошин П.В., Міщенко Т.С., Лекомцева Є.В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні. *Міжнар. невролог. журн.* 2006. № 3 (7).С. 9-13.

2. Виленский Б.С. Яхно Н.Н. Современное состояние проблемы инсульта. *Вестник Российской АМН.* 2006. № 9-10. С. 18-23.

3. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. 304 с.

4. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: МИКЛОШ, 2003. 176 с.

5. Ковальова С.В., Дондарєва І.С., Пономарьова Г.В., Данильчук А.В., Галенко М.О. Мультидисциплінарний підхід до реабілітації пацієнтів з порушеннями рухових функцій внаслідок перенесеного інсульту. *PMJUA* [Internet]. 2018 Oct. 18 [cited 2022 Jan. 27]; 3(2/1):30. URL: <https://painmedicine.org.ua/index.php/pnmdcn/article/view/126>

6. Одинак М.М., Вознюк І.А., Анисимова Л.Н. Реабилитация больных в раннем восстановительном периоде инсульта. *Медлайн Экспресс.* 2006. № 7. С. 34-40.

МЕТОДИКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Ірина СТРОЦЬКА

магістрант I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Інсульт залишається однією з найчастіших причин смертності й інвалідизації населення в Україні та світі [2, 4]. Незважаючи на прогрес у відновному лікуванні хворих інсультом, дотепер недостатньо вивченим залишається питання безпеки й ефективності раннього реабілітаційного втручання у пацієнтів з порушенням мозкового кровообігу, когнітивними й тривожно-депресивними розладами.

В рамках виконання студентського наукового дослідження нами була розроблена методика ранніх (стаціонарних) занять лікувальною гімнастикою для хворих з гострим ішемічним інсультом з когнітивними й тривожно-депресивними розладами.

При первинному огляді лікар фізичної і реабілітаційної медицини установлював для кожного хворого індивідуальні й адекватні його стану короткострокові (досяжні через тиждень) і довгострокові (досяжні до моменту виписки з відділення) цілі фізичної реабілітації. Наприклад, якщо пацієнт не міг самостійно сідати й/або втримувати баланс сидячи, то короткостроковими цілями були: навчання самостійному висаджуванню в ліжку, утриманню статичного/динамічного балансу сидячи.

Довгостроковими цілями, переважно, були: самостійне пересування пацієнтів з або без допоміжних засобів опори, самообслуговування в межах палати/відділення. Для забезпечення безпеки реабілітаційного втручання перед кожним заняттям фізичним навантаженнями здійснювався клінічний огляд і фізикальне обстеження пацієнтів: реєструвалися суб'єктивні скарги, АТ, частота серцевих скорочень початково, на висоті навантаження й у відновному періоді.

Заняття ЛГ починалися на 2-8 добу від моменту розвитку інсульту, проводилися по 15-40 хвилин один раз на день 5 днів на тиждень і тривали протягом усього часу перебування хворого в стаціонарі. Для відновлення функції верхньої й нижньої паретичних кінцівок застосовувався курс занять ЛГ, що включав пасивну, пасивно-активну або активну гімнастику, вправи за допомогою гімнастичного ціпка й м'яча. Залежно від ступеня виразності неврологічного дефіциту, відсутності або наявності ортостатичних реакцій, стану пацієнта, рівня його фізичних можливостей використовувалися різні вихідні положення: лежачи, сидячи або стоячи.

З перших днів реабілітації у пацієнтів з руховими порушеннями (при м'язовій силі від 0 до 2 балів за Шестибальною шкалою оцінки м'язової сили [1], при м'язовому тонусі в паретичних кінцівках 0-1 бал за шкалою Ашворт [3] на заняттях ЛГ використовувалися пасивні рухи для паретичних кінцівок, що сприяють зниженню рефлекторної збудливості, збереженню еластичності суглобово-зв'язкової системи, активізації рухів. Пасивні рухи проводилися плавно, щоб уникнути вивихів і розтягання сухожиль при млявих паралічах і щоб уникнути підвищення спастичності

при паралічах з гіпертонусом м'язів. Ретельно пророблявся кожний суглоб, починаючи з великих суглобів.

Приклад комплексу вправ ЛГ із використанням пасивних рухів верхньої ураженої кінцівки: згинання й розгинання в плечовому суглобі, відведення приведення руки, зігнутої в лікті (90°), кругове обертання плечового суглоба; згинання й розгинання в ліктьовому суглобі; пронація й супінація кисті, згинання й розгинання фаланг пальців кисті.

Приклад комплексу вправ ЛГ із виконанням пасивних рухів нижньої ураженої кінцівки: почергове згинання й розгинання в колінному й тазостегновому суглобах, відведення й приведення випрямленої кінцівки, обертові рухи в тазостегновому суглобі; згинання й розгинання стопи, обертання в гомілковостопному суглобі; згинання й розгинання фаланг пальців стопи.

При м'язовій силі в паретичних кінцівках хворого інсультом від 2 балів по Шестибальній шкалі оцінки м'язової сили, проводилася пасивно-активна ЛГ, що припускала виконання пацієнтом можливих рухів самостійно, і пасивних рухів – за допомогою фізичного терапевта.

Вправи в положенні лежачи застосовувалися для хворих з відсутністю або зниженням почуття рівноваги, при виявленні негативної реакції на напівортостатичну пробу, виражених запамороченнях, при суб'єктивних скаргах на погіршення самопочуття й утому в положенні сидячи.

Вправи в положенні сидячи використовувалися в пацієнтів, здатних утримувати статичний баланс сидячи, при відсутності реакції на напівортостатичну пробу й скарг пацієнта на погіршення самопочуття при переході в положення сидячи.

Вправи в положенні стоячи проводилися в пацієнтів, здатних утримувати статичний баланс стоячи, що мають силу в проксимальному відділі нижньої паретичної кінцівки не менше 2 балів за Шестибальною

шкалою оцінки м'язової сили, не мали скарг на погіршення самопочуття у зв'язку зі зміною положення тіла й при відсутності гемодинамічної ортостатичної реакції. У випадку порушення у хворого динамічного балансу стоячи вправи виконувалися біля фіксованої опори.

Перед випискою зі стаціонару пацієнтам з руховим дефіцитом, що зберігався, фізичним терапевтом, відповідно до реєстрованих функціональних порушень, призначався індивідуальний комплекс ЛГ, розроблений для самостійного виконання в домашніх умовах.

Список літератури

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., 2004. 432 с.
2. Преображенская И.С. Современные подходы к лечению и реабилитации пациентов с сосудистыми когнитивными нарушениями / И.С. Преображенская, А.А. Науменко, Н.В. Трофимова. *Доктор.ру*. 2016. №4 (121). С. 30-38.
3. Bohannon, R. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*. 1987. Vol. 67, № 2. P. 206-207.
4. Johnston K.C. Relationship between 3-month National Institutes of Health Stroke Scale score and dependence in ischemic stroke patients. *Neuroepidemiology*. 2006. Vol. 27, Iss. 2. P. 96-100.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМ ПІЛАТЕСУ ОЗДОРОВЧО РЕКРЕАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Лариса ГУЛІНА

асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії
та домедичної допомоги

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Вступ. 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]. 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 [1]. 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. 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 [2]. 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 [3]. 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 [2]. Кожен рух пов'язаний із усвідомленням його, тобто кожне скорочення м'яза контролюється діяльністю мозку.

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, артрити, 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.

Список літератури

1. Гордон Томсон, Линн Робинсон : " Управлени телом по методу Пілатеса ", - Киев, 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.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВЛЕННІ РУХОМОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

Лідія ДОЦЮК

Професор кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Вікторія КОРНЄВА

Магістр кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Андрій БРАЖАНЮК

Асистент кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Патологія кульшового суглоба є найбільш частою причиною тимчасової втрати працездатності, а інвалідність, за даними різних

авторів, становить до 37,6 % від кількості всіх інвалідів з ураженнями опорно-рухової системи. За даними ВООЗ, поширеність дегенеративно-дистрофічних патологій має тенденцію до подальшого зростання, що призведе до ще більш негативних медичних і соціальних наслідків.

Коксартроз – це системне поліетіологічне захворювання суглобів, що характеризується: прогресивним хронічним перебігом, порушенням функції, більш-менш вираженими болями, деформацією анатомічних структур суглобів, морфологічними змінами їх тканинних компонентів, втратою тимчасової та стійкої працездатності, різким зниженням якості життя, відсутністю ефективних засобів лікування і реабілітації [4].

Якщо не лікуватися на початкових стадіях хвороби, то з'являється обмеження рухливості хворої ноги і посилення болю, який виникає при вставанні та перших кроках [3].

Існує декілька шкал класифікації ступенів розвитку артрозу кульшового суглоба. Найбільш часто користуються рентгенографічною системою класифікації остеоартриту кульшового суглоба, це система Келлгрена-Лоуренса (або система K-L). У ній використовуються звичайні рентгенограми.

На базі медичного центру «Меднеан» м. Чернівці було проведене дослідження, ми організували експериментальну та контрольну групи з 20 хворих з обмеженим діапазоном руху в кульшовому суглобі через артроз першого та другого ступеню.

У ході дослідження, насамперед, була зібрана загальна інформація про кожного пацієнта, основний та супутні медичні діагнози, а також тривалість перебігу коксартрозу. Ці дані містяться в історії хвороби пацієнта.

Для об'єктивного оцінювання використовувались стандартні методи обстеження, придатні для клінічного застосування. Це огляд (як складова частина неперервного спостереження), антропометрія, виконання активних і

пасивних рухів, гоніометрія, суглобова гра, мануальне м'язове тестування, ізометричне напруження м'язів, пальпація, шкала болю, функціональні тести.

Були створені умови для проведення експерименту для того, щоб з'ясувати доцільність та ефективність застосування обраних методів та засобів фізичної терапії для людей з обмеженням рухів у кульшовому суглобі. Для цього були зафіксовані первинні параметри у вигляді обсягу рухів та больових відчуттів, до того ж проводилось порівняння наприкінці експерименту [2].

Наприкінці експерименту було проведено порівняння хворих з двох груп. Відмічались покращення стану хворих та зроблені певні висновки на базі здобутих знань.

Для програми відновлення рухомості кульшового суглоба в експериментальній групі були залучені оптимально варіабельні та взаємодоповнюючі методи для відновлення оптимальної функції суглоба. Серед методів, що використовувались у процесі фізичної терапії пацієнтів експериментальної групи були наступні: терапевтичні вправи, м'які мануальні техніки (методика ППР), використання преформованих та природних фізичних чинників, мобілізація суглоба, кінезіотейпування, масаж.

Заняття терапевтичними вправами, мобілізаційні методи та мануальний вплив використовувались з попередніми м'язовими тестами. Фізичні вправи виконувались в умовах розвантаження суглобу, та в більшій мірі, в положенні без осьового навантаження. До вправ додавалось ідеомоторне тренування, яке хворі додатково робили як на базі медичного закладу, так і вдома.

У той час, як контрольна група отримувала звичайну методику відновлення в амбулаторних умовах.

Після проведення курсу фізичної реабілітації в двох групах, ми отримали наступні дані: амплітуда згинання в кульшовому суглобі в експериментальній групі покращилась в середньому на 15,9°, порівняно з контрольною групою, де середнє покращення руху становило 9,5°; амплітуда відведення – в експериментальній групі покращилась в середньому на 9,3°, порівняно з контрольною групою, де середнє покращення руху становило 6,1°; амплітуда внутрішньої ротації – в експериментальній групі покращилась в середньому на 5,2°, порівняно з контрольною групою – 2°.

Завдяки впровадженню дієтотерапії, хворим з надмірним індексом маси тіла вдалось втратити за період проходження фізичної реабілітації в середньому 6 кг, що позначилось на самопочутті та зменшило показник болю за шкалою ВАШ на 2 пункти.

Отже, обрана методологія фізичної реабілітації мала цілісний характер, базувалась на цілеспрямованому використанні комплексного психолого-педагогічного та лікувально-реабілітаційного підходів, вона була індивідуально підібранаю з врахуванням рентгенологічної стадії та функціонального стану, тяжкості коксартрозу, рівня якості життя та стану здоров'я хворих [1].

Після проведення індивідуалізованої програми реабілітації хворих з обмеженням рухомості в кульшовому суглобі було чітко виявлено різницю між контрольною та експериментальною групами. З цього ми можемо зробити висновок, що перш за все програма покращення рухомості кульшового суглоба повинна бути індивідуальною для кожного пацієнта, включати сучасні методи роботи, такі як м'які мануальні техніки, кінезіотейпування, тестування та внесення коректив до програми вправ та інших реабілітаційних програм для досягнення ефективності.

Список використаних джерел:

1. Матюшенко Д.О. Патології суглобів з точки зору реабілітаційної медицини: проблеми та перспективи / Д.О. Матюшенко, Н.В. Хаймик, А.О. Мозоль, А.В. Ковтун // «Молодий вчений». – No 4(44). – 2017. – С. 208-211.

2. Методи досліджень у фізичному вихованні: навч. посіб. для студ. / В. В Чижик., О. К. Дудник . - Біла Церква: 2013 - 241 с.

3. Плющев, А. Л. Диспластический коксартроз. Теория и практика / А. Л. Плющев. – М: Лето-принт, 2007.

4. Сименач, Б. И. Программа профилактики диспластического артроза / Б. И. Сименач, С. А. Нестеренко, Б. А. Пустовойт // Травматол., ортопед. - 1989. - No 2. - С. 1-6.

РЕПРОДУКТИВНА ПОВЕДІНКА ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ СУЧАСНОЇ ДЕМОГРАФІЧНОЇ СИТУАЦІЇ

Евеліна ЖИГУЛЬОВА

к. біол. н., доцент,

доцент кафедри фізичної реабілітації

та медико-біологічних основ фізичного виховання

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Соломонія КАСПРУК

студентка 2 курсу факультету фізичної культури

спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Олександр ЯКОВЛЄВ

студент 2 курсу факультету фізичної культури

Вступ. Демографічна криза, що спостерігається протягом останніх років в Україні створює несприятливі перспективи для відтворення населення [2, с. 13-14].

Водночас однією з характерних рис покоління підлітків ХХІ століття є відсутність належної уваги до власного здоров'я, в тому числі – репродуктивного, однією з головних складових якого є репродуктивна поведінка. В популяції створюється майже замкнений цикл: хвора школярка – хвора вагітна – хворий плід – хвора дитина – хворий підліток – хворі батьки, і з кожним 20-літтям цей цикл стає все більш вираженим [1, с. 73].

Мета – оцінка репродуктивної поведінки дівчат-підлітків, учениць 9-11 класів, для подальшої розробки регіональних освітніх програм в сфері репродуктивного здоров'я.

Методи дослідження: аналіз наукової літератури; анкетування; методи математичної статистики.

Результати досліджень. Сексуальні контакти в підлітковому віці, як правило, відбуваються при недостатньому усвідомленні дівчатами ступеня відповідальності і значимості цієї події в їх житті. Серед міських мешканок частка дівчат, які мали досвід статевого життя, вища (28,9%), ніж серед їхніх ровесниць із сільської місцевості (24,3%) ($p < 0,05$), а перший статевий зв'язок у 31,5% міських і у 40,5% сільських дівчат супроводжувався прийомом алкоголю ($p < 0,05$).

До свого першого статевого партнера 66,6% дівчат-підлітків відчували закоханість, 9,3% мали тільки дружні почуття, 6,6% не мали ніяких почуттів, а 17,3% дівчат взагалі не могли оцінити ставлення до свого першого статевого партнера. Лише у кожній четвертій дівчині

перша статева близькість була, як вони вважають, проявом любовних почуттів, але поряд з цим 22,6% дівчат не змогли обґрунтувати свій перший статевий зв'язок взагалі, у кожної п'ятої дівчини мотивом став сильний сексуальний потяг, у 12% – цікавість, у 9,3% – примус з боку молодшої людини, ще 2,6% дівчат сприйняли статевий акт як насильство над собою.

Недостатня поінформованість дівчат-підлітків в питаннях контрацепції визначила низьку частоту використання контрацептивів, серед яких найбільш популярним методом для 58,6% сексуально активних підлітків є бар'єрний.

Маючи певний сексуальний досвід, більшість дівчат хотіли б отримати додаткову інформацію з інтимних питань, однак ділитися і обговорювати свої репродуктивні проблеми бажали б тільки 44% підлітків, вибираючи при цьому в рівній мірі однолітків або фахівців-медиків.

Висновки. Репродуктивне виховання дівчат з правильною розстановкою акцентів при формуванні моральної та сексуальної культури допоможе підліткам утриматися від раннього початку статевого життя і уникнути статевого насильства.

Список літератури

1. Жигульова Е. О. Дейбук Л.І. Репродуктивне здоров'я жінки – основа формування здорової нації. Формування ЗСЖ студ. та учнівської молоді засобами освіти: збірник наук. праць / [редкол. : М.С. Солопчук (відп. ред.) та ін.]. Кам'янець-Подільський: КПНУ ім. Івана Огієнка, 2015. Вип. 5. С. 72-75.

2. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002-2019 рр.: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2020. 174 с.

СУТЬ ЗАНЯТЬ ЗА МЕТОДОМ ФЕЛЬДЕНКРАЙЗА

Наталія ІВАНІКІВ

к. п. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Юлія КЛЮЧНИК

студентка другого курсу,
спеціальність «Фізична терапія, ерготерапія»,
Дрогобицький державний педагогічний університет Імені Івана Франка

На сьогодні дуже поширеною та обговорюваною залишається тема щодо здоров'я сучасної людини. І серед головних складових, що впливають на це є відпочинок, рухливість та вміння фокусуватися на головному.

По-справжньому розслабитися і відчути своє тіло можна в рухових уроках за методом Фельденкрайза. Ефективність якого виходить з трьох принципів: розслаблення, рівновага, концентрація уваги. Це навчання допомагає відновити ці навички. Повільні, плавні вправи допомагають навчитись дослухатися до роботи тіла на глибинному рівні. Фокусуючись на відчуттях розвивається концентрація без зайвих думок у голові [3].

За допомогою методу Фельденкрайза людина може допомогти собі в найрізноманітніших ситуаціях, до прикладу однією з найпоширеніших на сьогоднішній час є біль.

Заняття методом Фельденкрайза надзвичайно різноманітні щодо форм руху, динаміки, основного вихідного становища, акценту на русі різних частин тіла та взаємозв'язках у тілі [1].

Щоб стимулювати мозок та тіло до розвитку, необхідно внести різноманітність у будь-яку діяльність. Тести та дослідження доводять, що варіативність відіграє ключову роль у підтримці молодості розуму та тіла [3].

Підхід, який має на увазі використання множинних варіантів, стимулює «сплячі» області мозку і змушує їх працювати. У результаті вони залишаються активними та доступними для всіх видів розумової та фізичної діяльності.

Послідовності руху в методиці Фельденкрайза практично не повторюються, швидше навпаки – прогресують різноманітність та варіативність на заняттях, постійно збільшується складність. Такий підхід розширює арсенал дій та думок пацієнта. [2]

Метод Фельденкрайза суперечить нашому стереотипу, суть якого полягає в тому, що максимальний результат досягається шляхом страждань та постійної боротьби. Натомість тут ми бачимо зовсім інше.

Щоб досягти мети, достатньо рухатися у вибраному напрямку та не звертати з нього. Так за Фельденкрайзом дістатись проблемних місць можна з протилежної частини тіла, використовуючи ті області, які на перший погляд взагалі не відносяться до справи. Підтвердити це можна і на прикладі гілки. Якщо згинаючи гілку натиснути на неї в одному напрямку, вона зламається, але якщо потихеньку згинати у різних напрямках – вона може набувати різної форми. Так же ж відбувається і з

людиною. Вона теж може зігнутися тільки завдяки одному зусиллю, але якщо вона виконувати різноманітні комбінації рухів, тоді з'являться варіанти для легшого виконання дій. При цьому чим більше комбінацій застосовуватимуться, тим більше комбінацій будуть відкриватися, що і доводить нам практичний метод Фельденкрайза.

Отже, метод Фельденкрайза значно поліпшує життя полегшуючи больові відчуття, що турбують значну частину суспільства, і пов'язані з ним стан тривоги та депресії. Допомагає з користю провести час пізнаючи та удосконалюючи свої функціональні можливості. Слід зазначити і економічність методу Фельденкрайза, адже він сам не потребує значних фінансових витрат й допомагає скоротити кількість візитів до лікаря та значну витрату грошей на лікування.

Список літератури

1. «Розробка локального протоколу паліативної медичної допомоги при лікуванні хронічного больового синдрому»\ (методичні рекомендації) (38.16/79.16)\ Київ – 2016– С.40
2. Метод Фельденкрайза\Реабілітація при ДЦП, войта-терапія, бобат-терапія, виброплатформа Галілео. Ліцензія №ЛО-77-01-009470 от 16декабря 2014г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://galileomed.ru/nashi-metodiki/metod-feldenkrajza>
3. Feldenkrais M. Embodied wisdom: The collected papers of Moshé Feldenkrais / M. Feldenkrais // ed. E. Beringer. – Berkeley, Calif.: North Atlantic Books, 2010. – 230 p.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТА З ІДІОПАТИЧНОЮ ПРОГРЕСУЮЧОЮ МОЗОЧКОВОЮ АТАКСІЄЮ

Антон КАВЕЦЬКИЙ

аспірант 3-го року навчання

кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Національного університету фізичного виховання і спорту України

Актуальність – на даний момент не існує фармакологічних методів лікування, які були б ефективними для зменшення проявів атаксичного синдрому. З іншого боку, фізична терапія відіграє важливу роль у контролі прогресування атаксичного синдрому та покращенні функціонального стану пацієнтів [1, с. 158].

Мета роботи – оцінити ефективність реабілітації пацієнта з ідіопатичною прогресуючою мозочковою атаксією продовж п'яти років з використанням фізичної терапії.

Матеріал і методи. Реабілітаційне втручання проводилося у пацієнта на базі центру відновного лікування «Модричі» (с. Модричі, Львівська область). Методи: аналіз та узагальнення даних, отриманих впродовж 4-х курсів фізичної терапії пацієнта з ідіопатичною прогресуючою мозочковою атаксією, шкала SARA (Scale for the Assessment and Rating of Ataxia).

Втручання. Цілями реабілітаційної програми у кожен реабілітаційний період були: збільшення стабілізації тулуба, поліпшення

рівноваги та постуральних реакцій на зовнішні подразники та силу тяжіння, покращення якості ходи та підвищення рівня самостійності. Кожен реабілітаційний період тривав 2 тижні, заняття проводилися 6 днів на тиждень, два рази в день по одній годині. 3 рази на тиждень, замість традиційних засобів фізичної терапії, використовувалася терапія за допомогою координаційних відеоігор. Підбір відеоігор відбувався за тими самими принципами, що і вправи для традиційного фізіотерапевтичного втручання.

Результати. За результатами терапії у кожному реабілітаційному періоді спостерігалось покращення функціонального стану пацієнта та зменшення атаксичного синдрому. Слід зазначити, що внаслідок природнього прогресування захворювання кожне наступне реабілітаційне втручання мало менший позитивний вплив, ніж попереднє втручання. На основі нижче приведених результатів можна зробити висновок, що ефективність терапії напряду залежить від вихідного рівня важкості атаксичного синдрому.

Шкала SARA сягає від 0 до 40 балів, причому вищі показники вказують на вищий ступінь важкості атаксії. Природне прогресування дегенеративних мозочкових атаксій становить 0,4-2,2 бали в рік за шкалою SARA, залежно від генотипів [2, с. 247]. Як видно з рис. 1, у даного пацієнта природнє прогресування захворювання є швидшим, ніж середньостатистичне.

Показники шкали
SARA. бали

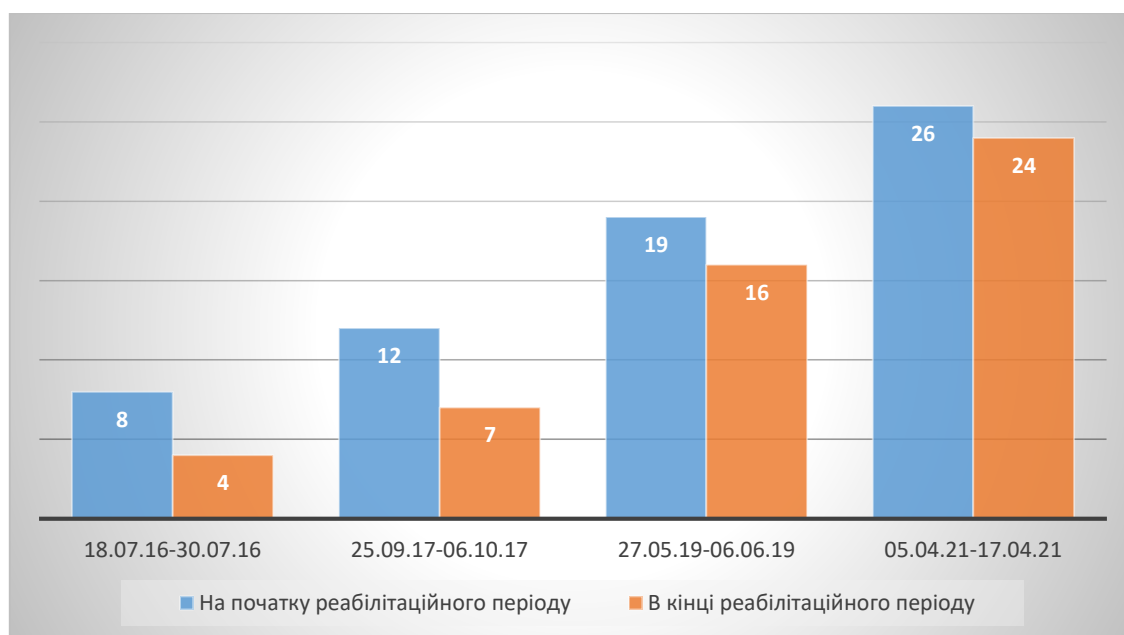


Рис. 1. Динаміка показників важкості атаксичного синдрому за шкалою SARA в обстеженого пацієнта протягом реабілітаційних періодів

Висновки. Вище описане дослідження доводить, що на різних етапах прогресування мозочкової атаксії у конкретного пацієнта результат фізіотерапевтичного втручання є значним і прирівнюється одному або кільком рокам природного прогресування захворювання.

Список літератури

1. Schulz JB, Borkert J, Wolf S, et al. Visualization, quantification and correlation of brain atrophy with clinical symptoms in spinocerebellar ataxia types 1, 3 and 6. *NeuroImage*. 2010;49(1):158–168.
2. Morton SM, Bastian AJ. Cerebellar control of balance and locomotion. *Neuroscientist*. 2004;10(3):247-259.

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ
ТАЗОСТЕГНОВИХ СУГЛОБІВ НА ТЛІ ОБЛІТЕРУЮЧИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

Аліна КАЛЮЖКА

к. мед.н., доцент,
доцент кафедри, спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини,
фізичної терапії, ерготерапії
Харківський національний медичний університет

Олександр АМЕЛІН

Директор КМП «Поліклініка № 9» Харківської міської ради,

Валентин ДЕНЧИК

Завідувач фізіотерапевтичним відділенням КМП «Поліклініка №9»

Захворювання опорно-рухового апарату - це один із факторів інвалідизації у всьому світі. Остеоартроз тазостегнового суглобу за Міжнародною класифікацією хвороб відноситься до захворювань опорно-рухового апарату і його поділяють на три ступеня. При першому ступені хворі відчують біль лише при інтенсивних навантаженнях, довготривалій ходьбі; на рентгенограмах суглобова щілина звужена, можуть бути прояви патологічних змін - склероз хряща та розростання остеофітів на його поверхні. Другий ступінь характеризується тим, що у хворих є відчуття болю та “хрусту” у суглобі при виконанні простих рухів, обмеження рухливості суглоба; на рентгенограмах суглобова щілина значно звужена, є розростання остеофітів на поверхні голівки стегна та вертлюжної западини. При третьому ступені хворі відчують постійний біль та дискомфорт, незалежно від навантаження, амплітуда рухів значно знижена, або повністю відсутня, неспроможність стояти на пошкодженій нозі, можливе вкорочення кінцівки; на рентгенограмі

суглобова щілина малопомітна або повністю зникає, спостерігається деформація вертлюжної западини та голівки стегнової кістки [1,с.43].

При формуванні індивідуальної реабілітаційної програми слід враховувати: ступінь ураження суглобу, загальний стан хворого, анамнез життя, супутні захворювання, вид діяльності та ступінь активності патологічного процесу. Однією із тяжких супутніх патологій є облітеруючі захворювання нижніх кінцівок. До таких захворювань відносять атеросклероз, варикозне розширення вен, облітеруючий ендартеріїт, тромбофлебіт - ця патологія ускладнює вибір лікування, а складання програми реабілітації потребує комплексного індивідуального підходу [2, с 74].

Для ефективного лікування остеоартрозу тазостегнового суглобу варто не забувати про один із основних принципів реабілітації - комплексність. Саме тому доцільно при лікуванні остеоартрозу та облітеруючих захворювань нижніх кінцівок застосовувати: медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні препарати та судинорозширювальні засоби, за показаннями міорелаксанти), методи фізіотерапії (магнітотерапія, ультразвукова терапія, лазерна терапія, аплікації теплоносіїв), кінезіотерапію та лікувальний масаж [3, с.22].

При дотриманні всіх показань та рекомендацій щодо лікування пацієнтів можна на 1 та 2 ступені попередити прогресування захворювання та покращити загальне самопочуття, а на 3 ступені підготувати навколосуглобові м'язи до ендопротезування, чи також консервативно лікувати та запобігати ще більшому прогресуванню захворювання.

Список літератури

1. Медична і соціальна реабілітація: Підручник., / Самойленко В.Б., Н.П. Яковенко, І.О. Петряшев, та інш. – 2-е вид., переробл.і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2018 – 464 с.
2. Вакуленко Л.О. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручник / Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук – Тернопіль : ТДМУ, 2019. – 372 с.
3. Попова С.Н. Физическая реабилитация: учебник для студентов ВУЗов – Изд. 5 – е. Ростов н/Д : Феникс, 2008 – 602 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК, УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ

Аліна Калюжка

к. мед. н., доцент,

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

Харківський національний медичний університет

Роман Лабендік

магістр фізичної терапії, та ерготерапії

Євген Луценко

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

Харківський національний медичний університет

Величезна світова та національна проблема - цукровий діабет першого та другого типу, який зайняв своє місце в трійці тих хвороб, що призводять до інвалідизації та передчасної смерті населення. За даними ВООЗ, хвороба збільшує смертність в 2-3 рази і суттєво скорочує тривалість життя. При цьому кількість хворих щорічно збільшується у всіх країнах на 5-7%, а кожні 12-15 років подвоюється. Такі показники змушують лікарів говорити про неінфекційну епідемію діабету. За даними Міністерства Охорони Здоров'я (МОЗ), в Україні нараховується близько 1 300 000 хворих цукровим діабетом. Тільки в 2017 році такий діагноз вперше був поставлений майже 104 тисячам українців. Кількість випадків збільшується щороку, однак, визнають у центрі суспільного здоров'я, на сьогоднішній день майже у половини хворих цукровий діабет не діагностується [1, с.137].

Цукровий діабет другого типу (ЦД), як правило, поєднується з другими захворюваннями, а поєднання ЦД 2 типу та атеросклерозу артерій нижніх кінцівок може приводити до інвалідизації пацієнтів та, навіть, до втрат кінцівок.

Мета роботи: розробити та впровадити лікувально - реабілітаційний комплекс, що покращує стан пацієнтів, хворих на цукровий діабет другого типу та атеросклероз артерій нижніх кінцівок, учасників ліквідації аварії на ЧАЕС.

Дослідження проводилось на базі КНП ХОР «Обласний клінічний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення» м. Харків в 2018 р - 2021 роках.

Під нашим спостереженням перебувало 46 пацієнтів (УЛНА), віком від 52 до 78 років, які проходили курс лікування з діагнозом – ЦД 2 типу та атеросклероз артерій нижніх кінцівок.

У 24 хворих застосувалась:

1. Вакуумно – компресійна терапія («апарат “Extremiter - 2010») згідно розроблених програм.
2. Мідно - купоросні ванни для ніг.
3. Дієтичне харчування з низьким вмістом вуглеводів, на тлі стандартної медикаментозної.
4. Кінезіотерапія.

Курс лікування тривав 10 днів.

Контрольною була група, що складалася з 22 пацієнтів, яка за віком, тривалістю та стадіями захворювання не відрізнялась від основної групи та отримувала тільки медикаментозну терапію.

Застосовували також дієтичне харчування по Певзнеру М.І. стіл №5 [2, с.95], або цільно рослинну їжу. Раціони харчування формували з різноманітних продуктів, переважно рослинного, а не тваринного походження. Рекомендували вживати не менше 400 г на добу різноманітних овочів та фруктів, бажано свіжих і вирощених в умовах екологічно чистих зон. Слід підтримувати масу тіла в рекомендованих межах та замінювали більшість рафінованих насичених жирів ненасиченими рослинними оліями, вибирали продукти з низьким вмістом цукру, обмежували вживання рафінованого цукру, солодких напоїв, солодоців, повністю обмежували вживання алкоголю, або зменшували до еквіваленту 20 мл чистого етанолу на добу.

Кінезіотерапію та її роль в реабілітації взагалі дуже важко переоцінити, яку використовували у вигляді групових та індивідуальних занять. Грамотно розроблена програма кінезіотерапії є невід'ємною частиною успішної реабілітації.

При надходженні в стаціонар всі хворі пред'являли скарги на болі в нижніх кінцівках з вегетативними проявами у вигляді оніміння пальців, зниження переносимості холоду і фізичних навантажень. У 74% осіб вони виникали при ходьбі більше 200м і супроводжувалися появою судом м'язів і зменшенням пульсації в області стоп. Болі при ходьбі менш як 200м турбували 26% хворих і супроводжувалися зниженням пульсації в області підколінної ямки. У 61% УЛНА спостерігалися зміни кольору шкіри, її сухість без наявності пошкодження шкіряного покриву. Порушення периферичного кровообігу у УЛНА клінічно почали проявлятися в середньому через 10 і більше років після аварії. Прояви порушень периферичного кровообігу стабільно прогресували, що викликало потребу в повторних курсах стаціонарного лікування. З цього приводу всі хворі лікувалися регулярно консервативно без хірургічного втручання. Гострих оклюзій периферичних артерій за період хвороби зареєстровано не було.

Лікувально–реабілітаційний комплекс добре переносився хворими і не викликав негативних ефектів. В результаті проведеного курсового лікування у всіх хворих покращився клінічний стан - у 86,5% хворих основної групи і у 42,4% осіб контрольної групи, збільшилась переносимість фізичних навантажень на 67,3% в основній групі і на 31% пацієнтів контрольної групи. При цьому, зменшилась кількість хворих, у яких спостерігалися судоми м'язів, більш як у 4 рази порівняно з контрольною групою -27,5% проти 5,9%, зменшилась інтенсивність болю в ногах при ходьбі, що свідчить про покращення периферичної гемодинаміки ($p < 0,05$) [3, с.19].

Все це дозволило нам рекомендувати пацієнтам основної групи знизити дози лікарських препаратів, які вони приймали.

ВИСНОВКИ Запропонований нами лікувально – реабілітаційний комплекс, що включає вакуумно – компресійну терапію, мідно - купоросні ванни для ніг, дієтичне харчування з низьким вмістом вуглеводів, кінезіотерапію покращує переносимість фізичних навантажень, зменшує напади судом, знижує лікарське навантаження на організм, що покращує якість життя хворих на цукровий діабет другого типу та атеросклероз артерій нижніх кінцівок, учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції.

Список літератури

1. Месле Ф., Валлен Ж. Смертність та причини смерті в Україні у ХХ ст. / Месле Ф., Валлен Ж.; пер. з франц. Є. Марічева, за ред. С. Пирожкова. – К.: ВД «Стилос», 2008. – 416 с.
2. Смолянський Б. Л. Справочник по лечебному питанию / Смолянський Б. Л., Абрамова Ж. И. – СПб. : Изд-во «Гиппократ», 1993. – 304 с.
3. Калюжка А. А. Результати застосування вакуумно-компресійної терапії, мідно-купоросних ванн для ніг, лікувального харчування у хворих на цукровий діабет 2 типу та атеросклероз артерій нижніх кінцівок, учасників ліквідації наслідків аварії на чорнобильській атомній електростанції / Калюжка А. А., Істомін А. Г., Роздільська О. М., Катаржнова І. В., Пирогова І. В., Сивенко О. Л., Лабендик Р. Е.– Харків: / ХНМУ - Науково-практична конференція «Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології», Дев'ятнадцяті Данилевські читання: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. - 2020 р. – С.69

АЛГОРИТМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ БОЛЮ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Ігор МАРЦЕНЮК

к. н. з фіз. виховання і спорту України, доцент кафедри фізичної
терапії та ерготерапії,
Національний університет фізичного виховання і спорту України

Катерина КОЛИУШКО

студентка II курсу магістратури кафедри фізичної терапії
та ерготерапії,
Національний університет фізичного виховання і спорту України

Хронічний неспецифічний біль в нижній частині спини (ХНБ в НЧС) є надзвичайно поширеним станом серед дорослої популяції населення. ХНБ в НЧС має суттєвий вплив на якість життя особи, обмежуючи її щоденну діяльність, в тому числі професійну, а тому є однією з основних причин тимчасової непрацездатності та значних економічних витрат, пов'язаних з цим [1, с. 5; 2, р. 19; 3, р. 2792].

Питання фізичної терапії (ФТ) при ХНБ в НЧС є актуальним, оскільки досі у науковій спільноті зберігається розбіжність думок щодо доказовості та доцільності окремих компонентів втручання, оптимального поєднання підходів та чіткого алгоритму втручання для покращення якості надання фізіотерапевтичної допомоги особам даного

профілю. З метою вирішення даної проблеми нами було розроблено алгоритм ФТ при ХНБ в НЧС.

Розробка даного алгоритму проводилася з позицій доказової медицини та застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Важливими принципами розробки даного алгоритму також стали мультидисциплінарний та пацієнт-орієнтований підходи, а також планування та реалізація втручання на основі біопсихосоціальної моделі болю. Отже, розроблений нами алгоритм ФТ осіб з ХНБ в НЧС включає в себе чотири кроки, описані нижче.

Крок 1 - Первинна оцінка пацієнта – розуміє під собою проведення обстеження за визначеними методиками (об'єктивна та суб'єктивна оцінка за допомогою тестів, шкал та опитувальників) та визначення списку проблем пацієнта у вигляді кодів МКФ у відповідних категоріях, які відображають його стан або впливають на нього, а також визначення діагностичної мітки.

Діагностична мітка визначається з метою оперативного відстеження поточної ефективності втручання та його своєчасної корекції. Для пацієнтів з ХНБ в НЧС у якості діагностичної мітки пропонуємо код b28013 – біль спині, так як саме больовий синдром є ключовим у формуванні подальших порушень та обмежень, які впливають на якість життя особи.

Крок 2 - Планування втручання. Наступний крок включає в себе постановку цілей, підбір інструментів втручання та вибір критеріїв його ефективності. Постановка цілей відбувається відповідно до отриманих даних оцінки пацієнта; у ході виконання розробленого нами алгоритму встановлюються довгострокові та короткострокові цілі у SMART-форматі.

Щодо підбору інструментів втручання, то так як активна участь пацієнта з хронічним больовим синдромом у процесі відновлення є важливою, нами обрана саме активна стратегія взаємодії. Головними компонентами втручання ми визначили терапевтичні вправи, освіту та поради щодо самоуправління; мануальна терапія пропонується як додаткова опція, у разі неефективності лише терапевтичних вправ та навчання пацієнта; апаратна фізіотерапія не пропонується до рутинного використання у зв'язку з низькою доказовою базою її ефективності.

У якості критеріїв ефективності терапевтичного втручання ми пропонуємо обрати ті ж методи обстеження, які застосовуються під час первинної оцінки.

Крок 3 - Реалізація втручання - передбачає використання обраних інструментів ФТ: надання інформації пацієнту про його стан та способи самоуправління ним (компонент «Освіта пацієнта та поради щодо самоуправління»), проведення занять з фізичної терапії (компоненти «Терапевтичні вправи» та «Мануальна терапія»), а також моніторинг діагностичної мітки та переоцінку пацієнта за необхідності (у разі зміни симптомів чи визначення поточної неефективності) з метою корекції плану терапевтичного втручання.

Крок 4 - Оцінка ефективності терапевтичного втручання є останнім кроком нашого алгоритму, та проводиться по завершенню втручання у пацієнтів відповідно до обраних критеріїв ефективності шляхом повторної оцінки та відповіді на питання: чи досягнуті цілі втручання?

Отже, даний алгоритм ФТ при ХНБ в НЧС, створений на основі доказової медицини та МКФ, включає в себе 4 чіткі кроки взаємодії з пацієнтом в процесі терапевтичного втручання та покликаний вирішити питання покращення якості надання фізіотерапевтичної допомоги особам даного профілю.

Список літератури

1. Поворознюк В.В., Бистрицька М.А. Біль в нижній частині спини: сучасний погляд на проблему. *Проблеми остеології*. 2016. № 3(4). С. 5-16.
2. van Middelkoop M., Rubinstein S.M., Kuijpers T., Verhagen A.P., Ostelo R., Koes B.W. et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J*. 2011; № 20 (1). P. 19-39.
3. Oliveira C.B., Maher C.G., Pinto R.Z., Traeger A.C., Lin C.C., Chenot J.F. et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J*. 2018. №7(11). P. 2791–2803.

ОСТЕОПАТИЧНІ ТЕХНІКИ У КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ

Павло КРОПОЧЕВ

Студент групи 2МЗ-ФТЗ

Національний університет фізичного виховання і спорту України

На тлі проголошення здорової дитини метою найближчого та віддаленого майбутнього будь-якої країни на сьогодні в Україні набирає загрозливих масштабів зниження рівня «здоров'я нації» як

інтегративного показника фізичного, психічного та соціального здоров'я громадян, особливо дітей дошкільного віку [1].

Прийнята в нашій державі концепція Європейської програми «Здоров'я – 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави й суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя», сприяє підвищенню інтересу науковців до проблеми збереження здоров'я дітей [2]. Враховуючи те, що зараз майже 80% дітей мають одне або декілька захворювань[3], серед яких найбільш розповсюджені порушення опорно-рухового апарату [4].

Згідно з наявними статистичними даними, поширеність порушень постави серед школярів 1-3 класів складає 40-50% [5].

Постава має нестійкий характер у період посиленого росту тіла дитини, що припадає на молодший шкільний вік. Це пов'язано з неодноразовим розвитком кісткового, суглобово-зв'язкового апаратів і м'язової системи дитини. Кістки і м'язи збільшуються у довжині, а рефлекси статички ще не пристосувалися до цих змін [5]

Дефектна постава створює умови для прояву захворювань хребта й інших органів опорно-рухового апарату, що призводять до розладів діяльності внутрішніх органів. У дітей з порушеннями постави знижена життєва ємність легень, зменшена екскурсія грудної клітки і діафрагми, що несприятливо відображається на діяльності серцево-судинної та дихальної систем[5].

Ефективним засобом виправлення постави є комплекс заходів фізичної терапії. **Фізична терапія** - це комплекс послуг, які надаються виключно фахівцем з фізичної реабілітації або під його керівництвом і

контролем. Вона охоплює обстеження/вивчення, оцінку, діагностування, прогнозування, планування догляду/втручання та повторне обстеження. Втручання/лікування здійснюється і моделюється для досягнення попередньо узгоджених цілей і може включати в себе мануальну терапію; фізичні вправи; фізичні, електротерапевтичні та механічні засоби; рухові вправи; забезпечення допоміжними засобами; навчання та консультування пацієнтів; ведення документації, координацію і спілкування [6].

Мануальна терапія, або *лікування руками* - вид терапії, спрямований на лікування кістково-м'язової системи, внутрішніх органів за допомогою дії рук. Практично, мануальна терапія являє собою цілий комплекс механічного, або біомеханічного впливу на вражені тканини й сегменти опорно-рухового апарату[7]. Для роботи з дітьми краще за все використовувати м'які мануальні техніки, які використовуються в остеопатії.

Остеопатія - система альтернативної медицини, яка лікує не хворобу, а її причину. Остеопатію вирізняє перш за все системний підхід до людського тіла, його сприйняття як єдиного цілого. [8].

Використання м'яких остеопатичних технік допомагає позбавитись від функціональних блоків у міжхребцевих суглобах, збалансувати тонус м'язової системи дитини, що збільшує ефективність кінезітерапії та пришвидшує виправлення постави.

Список літератури

1. Коломієць Т. В. Апробація технології контролю стану біогеометричного профілю постави дітей старшого дошкільного віку у процесі фізичної реабілітації: Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2018;(30):149-57.

2. Сабодош М. В. Фізична реабілітація дітей молодшого шкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт, в умовах санаторію : [автореферат]. Київ; 2017. 21с.
3. Богініч О. Л. Здоров'я та фізичний розвиток дитини : Дошкільне виховання. 2012;(9):3-7.
4. Чередніченко П. П. Фізична реабілітація хлопчиків старшого дошкільного віку з плоскостопістю в умовах спортивно-ігрового центру [автореферат]. Київ; 2018. 22 с.
5. Н.О. Давибіда, Т.Я. Кулик, Профілактика та корекція порушень постави різними методами фізичної реабілітації, Медсестринство, 2020, №1, с.1
6. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : [підручник / кол. авт.: Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчук, Д. В. Вакуленко та ін.] ; за заг. ред. Л. О. Вакуленко, В. В. Клапчука. – Тернопіль : ТДМУ : Укрмедкнига, 2018. 372 с.
7. Губенко В. П. Мануальная терапия в вертеброневрологии. — К. : Здоров'я, 2003. 456 с.
8. "Glossary of Osteopathic Terminology". Educational Council on Osteopathic Principles (ECOP). American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM). November 2011. Retrieved 19 April 2013

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ГУМАНІЗАЦІЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Наталія КУЛІШ

старший викладач кафедри медицини катастроф
та військової медицини,

Буковинський державний медичний університет

Здоров'язбереження як фактор гуманізації навчально-виховного процесу у закладах вищої освіти спрямоване на забезпечення необхідних умов для повноцінного природного розвитку студента, формування навичок збереження і зміцнення фізичного, психічного, соціального і духовно-морального здоров'я, що сприяє становленню внутрішньої потреби у здоров'ї, розумінню основ здорового способу життя. Здоров'язбереження передбачає створення оптимальних для здоров'я умов і виражає орієнтованість діяльності особистості в напрямку формування, збереження і зміцнення як індивідуального, так і суспільного здоров'я [2].

Для реалізації здоров'язбережувальних програм в освітньому середовищі ЗВО необхідний міждисциплінарний підхід, який передбачає координацію та об'єднання зусиль педагогів, психологів, медиків, фахівців у галузі фізичної культури, що здійснюється на рівні адміністративно-управлінського апарату навчального закладу, дає змогу зміцнювати здоров'я студентської молоді.

Під здоров'язбереженням в освітньому просторі варто розуміти процес збереження і зміцнення здоров'я, спрямований на перетворення інтелектуальної й емоційної сфер особистості студента, підвищення ціннісного ставлення до власного здоров'я і здоров'я інших на основі усвідомлення студентом особистої відповідальності.

Аналіз результатів досліджень стану здоров'я і способів життя студентів показує, що основними причинами розвитку функціональних розладів в опитаних є гіподинамія (60%), що у сполученні з неправильним харчуванням (52%) призводить до надлишку маси тіла, у 33% опитаних юнаків і в 45% – дівчат, мають таку шкідливу звичку, як паління, 78% не займаються аутотренінгом, незважаючи на те, що практично усі скаржаться на втомлюваність, дратівливість, підвищену психоемоційну реактивність [1].

Таким чином, ураховуючи достатньо складну і напружену соціально-економічну ситуацію в Україні, зниження економічного добробуту населення, невідповідність умов навчального навантаження віковим можливостям студентства, питання охорони і зміцнення здоров'я є найважливішою складовою освітнього процесу у закладах вищої освіти різних форм і рівнів акредитації [3]. Водночас, як свідчать численні дослідження, залишається досить низькою реалізація оздоровчого (здоров'язбережувального) потенціалу освітніх закладів. Означені характеристики здоров'язбереження відображають тенденції розвитку професійної освіти, гуманізацію навчально-виховного процесу, його педагогічну спрямованість на формування особистості із ціннісними орієнтаціями та ідеалами.

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. Гуманізація навчально-виховного процесу вищої економічної школи засобами здоров'язбереження / Ю. І. Палічук // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. – Одеса : ПНПУ ім. К. Д. Ушинського. – 2013. – №5-6. – С. 111-116.

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.

СТВОРЕННЯ ОСВІТНЬОГО ЗДОРОВОГО СЕРЕДОВИЩА ЯК ШЛЯХ ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ

Наталія МАЦОЛА

старший викладач кафедри теорії та
методики фізичного виховання,
ДДПУ імені Івана Франка

Юлія МАЦОЛА

студентка ЛНУ імені Івана Франка

Пріоритетним завданням сучасної школи є створення комфортних психолого-педагогічних й організаційно-педагогічних умов, у яких відбувається повноцінний фізичний й психічний розвиток учнів, їхнє духовне зростання та належна соціальна адаптація, здійснюється

діагностика стану здоров'я школярів, впроваджуються інноваційні програми зі збереження і зміцнення їхнього здоров'я [1]. Від ставлення людини до свого здоров'я багато в чому залежить його збереження і зміцнення. Навчити дітей берегти і зміцнювати своє здоров'я – одна з найважливіших проблем сучасної школи.

Актуальність даного дослідження обумовлена потребою людини та суспільства у здоров'язбереженні.

Формування культури здоров'я учнівської молоді, студентів та взагалі громадян різних груп населення досліджували такі вчені: В. Горащук, С. Кириленко, Л. Хижняк, А. Нагорна та ін.; «здоров'язберігаючі технології» були предметом дослідження М. Смирнова, І. Чупахи та ін.; сутнісні характеристики культури здоров'язбереження розглядали: М. Безруких, В. Зайцев, С. Крамський та ін.

Здоров'язбережувальна технологія, за визначенням М. Смирнова, це психолого-педагогічна технологія, програма, методи якої спрямовані на виховання у дитини культури здоров'я, особистісних якостей, що сприяють його збереженню та зміцненню, формування уявлень про здоров'я як суспільної цінності, мотивації здорового способу життя. М. Смірновим запропонована класифікація усіх здоров'язбережувальних технологій [2].

Серед здоров'язбережувальних технологій, вживаних в системі освіти, фахівець пропонує виділити декілька груп, в яких використовується різний підхід до охорони здоров'я, а також і різні форми і методи роботи: медико-гігієнічні технології; фізкультурно-

оздоровчі технології; екологічні здоров'язбережувальні технології; технології забезпечення безпеки життєдіяльності; здоров'язбережувальні освітні технології [2, с. 21].

Створення здорового освітнього середовища можливе у тому разі, коли здоров'язбережувальні технології в закладах загальної середньої освіти реалізуються через наступні напрями освітнього процесу:

- створення умов для зміцнення та збереження здоров'я школярів та їхнього гармонійного розвитку;

- побудова навчально-виховного процесу з індивідуальним урахуванням психологічного, духовного та фізіологічного впливу на організм;

- розробку і реалізацію навчальних програм з формування культури здоров'я і чинників здорового способу життя;

- контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм навчально-виховного процесу, а також раціональне використання вільного часу;

- організацію правильно збалансованого харчування учнівської молоді в навчальному закладі та вдома;

- відпрацювання нормативно-правових документів, які регламентують діяльність навчального закладу для сприяння здоров'ю.

Отже, комплексне впровадження складових здорового освітнього середовища в повсякденне життя школярів дозволить реалізувати комфортні, безконфліктні і безпечні умови для становлення здорової і творчої особистості.

Список літератури

1. Лук'янченко М.І. Педагогіка здоров'я: теорія і практика: монографія / Микола Іванович Лук'янченко – Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ ДДПУ імені І. Франка, 2012. – 348 с.

2. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. – М.: АРКТИ, 2006. – 2-е изд. – 320 с.

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ РУХЛИВИХ ІГОР ТА ЇХ
ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ШКОЛЯРІВ ЗВІДХИЛЕННЯМИ У СТАНІ
ЗДОРОВ'Я**

Анжела МЕДВІДЬ

викладач кафедри фізичної культури а основ здоров'я
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Світлана ПЕРВУХІНА,

викладач кафедри фізичного виховання
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Дана ЯКОБЧУК

студентка ОПП «Фізична культура»
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Система шкільної освіти передбачає використання у навчальному і виховному процесах традиційних форм і засобів впливу на дітей. Рухливі ігри на заняттях зі школярами різних вікових груп застосовуються для розв'язання

освітніх, виховних та оздоровчих завдань у відповідності до вимог програми та з урахуванням рівня розвитку фізичної й розумової працездатності [2].

До оздоровчих завдань належать: сприяння нормальному розвитку організму учнів у відповідності до їх вікових особливостей; укріплення кістково-м'язового апарату, серцево-судинної та дихальної систем, а в цілому – зміцнення їх здоров'я.

Завдання вчителя фізичної культури – чітко виображувати, що гра – одна із цінних форм організації дітей та підлітків, спрямована на зміцнення здоров'я, підвищення їхньої рухової функціональності, працездатності загартування організму, формування рухових здібностей.

Згідно дослідження Т. Круцевич та Н. Пангелової, активізація діяльності міжнародного фізкультурного руху людей з обмеженими фізичними можливостями здійснюється завдяки активній роботі громадських організацій, таких як Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, Міжнародна спортивна асоціація осіб з вадами інтелекту, Міжнародна спортивна асоціація сліпих та багато інших. Наприкінці ХХ ст. з метою розвитку нових видів спорту для залучення ще більшої кількості людей з особливими потребами було створено Міжнародну спортивну і рекреаційну асоціацію осіб з церебральним паралічем, розвитку і стимуляції інвалідів.

У сучасні теорії фізичної культури, активно розвивається поняття адаптивна фізична рекреація. Мета якої полягає у активізації, підтримання й відновлення фізичних сил, які витрачаються людьми з особливими фізичними можливостями на будь-яку діяльність (навчання, роботу, спорт), на розваги, на профілактику стомлення, на оздоровлення, на цікаве проведення вільного часу, покращення рівня якості та задоволеності життя. Вирішальна ціль адаптивної фізичної рекреації школярів посідає в забезпеченні психологічного комфорту й заінтересованості, за рахунок вільного вибору засобів, методів і форм занять [1].

Автори у своїх дослідженнях вказує, що якраз рухливі ігри сприяють формуванню та вдосконаленню базових рухів і всебічному фізичному розвитку й зміцненню здоров'я дитини, вихованню позитивних моральних і вольових якостей [2].

Руховий дефіцит призводить до послаблення всього організму, наслідки які негативно позначаються на розвитку і фізичній підготовленості, здоров'ї дітей. Широкий спектр попередження та профілактики цих недоліків має правильно організоване фізичне виховання дітей в сім'ї і школі.

Діти, які мають обмеження, з проявами гіпокінезії відстають від ровесників у фізичному розвитку, у якісному і кількісному удосконаленні психомоторних навичок. Молорухомий спосіб життя нищівно впливає на хворих або ослаблених хворобою дітей. Однак, варто зазначити, що більшість з них може наздогнати своїх однолітків, якщо правильно організувати їх рухову активність під лікарським контролем.

Застосування рухливих ігор у фізичному вихованні дітей, які мають вади у стані здоров'я, сприяє їх нормальному фізіологічному розвитку. Крім того, цілеспрямовано підібрані (з урахуванням стану здоров'я, віку, ступеня фізичної підготовленості дітей, характеру функціональних змін організму) рухливі ігри можуть водночас сприяти оздоровленню, загартуванню, а також профілактиці та попередженні загострення хвороби [4, с. 132].

У школі необхідно проводити рухливі ігри в групах загальної фізичної підготовки і з учнями спец. мед. групи. У програму занять з даними учнями рухливі ігри включаються разом із гімнастичними вправами, елементами спортивних ігор, легкої атлетики. Основним завданням учителя при

використанні рухливих ігор на заняттях спец. мед. групи є сприяння покращенню здоров'я школярів і усунення недоліків рухових функцій.

Для ослаблених та хворих дітей пропонується згрупування рухливих ігор із врахуванням стану здоров'я, віку дітей, їх фізичної підготовки, ступеня активності болючого процесу (продовження ремісії захворювання), психічного розвитку та індивідуальних особливостей дитини.

Список літератури

1. Цьось А.В., Дубогай О.Д. Навчання в русі. Здоров'язберезувальні педагогічні технології для дошкільнят та учнів: навч. посіб. [для студентів вищ. навч. закл., вихователів дошкіль. навч. закл., учителів фіз. культури, методистів, батьків]. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 324 с.

2. Круцевич Т., Н. Пангелова. Раціональна рухова активність як фактор підвищення розумової працездатності школярів. *Спортивний вісник Придніпров'я* 2 (2014): 73.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ «ZUMBA STRONG» НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ЗІ СТАРШОКЛАСНИЦЯМИ

Олена МОРОЗ

канд.наук з фіз.виховання і спорту, доцент

доцент кафедри фізичної культури та основ здоров'я

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Олеся Микитюк

студентка спеціальності Середня освіта (фізична культура)

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Актуальність дослідження. У сучасних умовах метою фізичного виховання шкільної молоді є формування їх фізичного, морального та психічного здоров'я, усвідомлення потреби у фізичному вдосконаленні, розвитку інтересу до занять фізичної культури, накопичення знань про здоров'я та здоровий спосіб життя. За даними дослідження (Т.Ю. Круцевич 2011) можна стверджувати, що стан здоров'я, фізичний розвиток школярів значною мірою залежить від їх способу життя, основними складовими якого є: харчування, фізичні вправи, загартовування організму, активний відпочинок [3, с. 116].

Протягом останніх років спостерігається тенденція до зниження показників фізичного стану, особливо серед шкільної молоді. За останні п'ять років кількість школярів, зарахованих до спеціальної медичної групи, зростає на 41%. Більше ніж 50% мають незадовільний рівень фізичної підготовленості, низький і нижчий за середній рівень фізичного стану [2, с. 55]. Кардинально змінити ситуацію неможливо через існуючу в країні традиційну систему охорони здоров'я [3, с. 211]. Частково цю проблему можна вирішити за допомогою фізичного виховання, як найбільш ефективного засобу профілактики захворювань, зміцнення генофонду та усунення інших соціальних проблем шляхом розробки та впровадження варіативних модулів з сучасними видами рухової активності [3, с. 217].

Вже зараз можна констатувати, що в умовах сьогодення від початку впровадження реформ Нової української школи (НУШ) відмічаються позитивні та якісні зміни показників у процесі проведення занять з фізичної культури зі школярами початкових класів [2, с. 54].

Одним із нововведень НУШ є модельна навчальна програма, що має на меті розвивати фізичні якості школярів за допомогою включення до її складу варіативних модулів з різних видів спорту. У процесі пошуку інноваційних підходів щодо роботи з учнями старших класів на уроках фізичної культури, нами була розглянута можливість впровадження варіативного модуля «Zumba Strong», як одного із складових модельної навчальної програми [1, с. 65].

Особливість модуля «Zumba Strong» полягає у поєднанні на уроці фізичної культури силового та аеробного (кардіо) навантаження, яке виконується з почерговою зміною ритму. Важливо, що дані заняття проводяться під музичний супровід з чіткою синхронізацією рухів і музики.

Аналіз показників функціонального стану старшокласників, ураховуючи особливості впливу такого виду занять на організм школярів, дає підґрунтя стверджувати про можливість подальшого застосування вправ «Zumba Strong» як варіативного модуля на уроках фізичної культури зі старшокласниками в умовах модельної навчальної програми Нової української школи.

Разом з тим відмічаємо, що сучасні методики компетентнісного навчання та нові освітні технології з фізичного виховання для учнів старших класів на стадії формування, тому дослідження щодо ефективності занять з елементами «Zumba Strong» для шкільної молоді є актуальними та перспективними в умовах Нової української школи, як однієї із складових модельної навчальної програми з фізичної культури для старшокласників, що містить варіативний модуль «Zumba Strong».

Враховуючи тенденції розвитку сучасних фітнес-технологій, віковий діапазон досліджуваного контингенту та їх інтерес до інноваційних оздоровчих програм ми визначили основні завдання та розробили експериментальний варіативний модуль «Zumba Strong»,

спрямований на нормалізацію морфо-функціонального статусу, розвиток і вдосконалення фізичних якостей та підвищення загального рівня здоров'я старшокласниць на уроках фізичної культури.

Основною метою впровадження варіативного модуля «Zumba Strong» на уроках фізичної культури є досягнення високого рівня здоров'я та фізичної підготовленості старшокласниць. Обрана нами стратегія розвитку і вдосконалення фізичних якостей є необхідною умовою для досягнення високої фізичної працездатності та високого рівня здоров'я.

Список літератури

1. Данилко В. М. Корекція фізичного стану учнів старшого шкільного віку. Молодий вчений. 2017. № 4. С. 50–53.
2. Дубинська О. Я., Мариченко О. В., Беся А. Вплив рекреаційнооздоровчої програми на фізичну підготовленість та психічний стан дівчат старшої школи на основі застосування ментального фітнесу. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : наук. журн. / МОН України, Сумський держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка ; [редкол.: А. А. Сбруєва та ін.]. Суми, 2019. № 8 (92). С. 54–66.
3. Круцевич Т. Ю. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді : навчальний посібник / Т. Ю. Круцевич, М. І. Воробйов, Г. В. Безверхня. - Київ : Олімпійська література, 2011. - 224 с.

НАВЧАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИМ ТЕХНОЛОГІЯМ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Юрій ПАЛІЧУК

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

Глобальні зміни у сучасному суспільстві, реформування системи вищої освіти України вимагають приділення особливої уваги професійному навчанню. Це потребує постійного оновлення змісту вищої професійної освіти, забезпечення варіативності і гнучкості навчальних планів і програм, їх оперативного реагування на потреби суспільної і виробничої практики. Цьому має сприяти застосування відповідних методик навчання окремих дисциплін (предметів), під якими розуміють галузь педагогічної науки, що являє собою окрему теорію навчання [3].

Аналіз наукової літератури дав можливість констатувати, що адекватний зміст процесу підготовки студентів-медиків до використання здоров'язберігаючих технологій може бути забезпечений за умов дотримання основних принципів побудови такої методики: взаємозумовленості змісту освіти й рівня розвитку суспільства – необхідність зв'язку навчального матеріалу з практикою, спрямованість на сучасні тенденції соціально-економічного розвитку суспільства; доступності змісту освіти – відповідність навчального матеріалу розумовим можливостям студентів та їхнім професійним потребам на всіх етапах професійного навчання: це визначає структуру навчальних планів і програм, способи викладу наукових знань, порядок введення і оптимальну кількість наукових понять і термінів; цілісності – пріоритетною метою методики виступає становлення та розвиток цілісної

картини світу, що забезпечується взаємозалежністю й взаємозумовленістю суміжних предметів, інтегрованістю навчальних курсів; науковості – змістовий матеріал має бути сформований у безпосередньому зв'язку з теорією науки і медичною практикою, з урахуванням останніх досягнень соціального, культурного та технічного прогресу медицини; єдності змісту освіти – зумовлює структурну цілісність методики у контексті єдиного підходу до побудови як кожного навчального предмета, так і всього навчання спеціаліста в цілому; систематичності та послідовності – реалізується на підставі широкого застосування структуризації в змісті навчання та процесі викладання; переходу від простих систем і структур до складних, від конкретних до загальних і навпаки; максимального застосування структур, спільних для багатьох навчальних предметів; планування змісту, який розвивається по висхідній лінії, де кожне нове знання спирається на попереднє й впливає з нього [1; 4]. Принципи пропонованої нами методики навчання здоров'язберігаючих технологій студентів медичного університету є:

1.) на основі вивчення здоров'язберігаючих технологій як явищ процесу професійної підготовки студентів-медиків розкривати між ними закономірні зв'язки (такі технології визначено як різновікові, для пацієнтів різного віку – від наймолодших до людей похилого віку; індивідуальні або групові – за формою проведення);

2.) на основі виявлених нормативних закономірностей установлювати нормативні вимоги до діяльності викладача (викладання) та пізнавальної діяльності студента (вивчення, навчання) [2].

У процесі системного аналізу теоретичних положень, основних наукових підходів, здобутків вітчизняного і зарубіжного досвіду як наукових основ методики навчання здоров'язберігаючих технологій студентів медичного університету, виявлено за допомогою історико-ретроспективного і порівняльного співставлення джерельної бази основні напрями розробленості проблеми: обґрунтування цілісного підходу до формування здоров'я людини; формування здорового способу і культури здоров'я життя людини; створення здоров'язберігаючого середовища; фізичної реабілітації, навчання майбутніх фахівців у медичному університеті, відновлення стану здоров'я та втрачених функцій організму людини засобами фізичної реабілітації.

Список літератури

1. Назарук В. Л. Формування культури здоров'я майбутніх лікарів засобами здоров'язбережувальних технологій: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. / Назарук Віктор Львович – Тернопіль, 2015. – 267 с.
2. Палічук Ю. І., Слобожанінов П.А., Ківернік О.В. 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.
3. Палічук Ю. І. Гуманізація навчально-виховного процесу вищої економічної школи засобами здоров'язбереження / Ю. І. Палічук // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. – Одеса : ПНПУ ім. К. Д. Ушинського. – 2013. – №5-6. – С. 111-116.
4. 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.

ОСНОВНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ БОЛЯМИ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Анастасія ПЕРЕПАДЯ

магістрантка кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Актуальність роботи. На сьогоднішній день порушення у поперековому відділі хребта займають особливе місце у практиці фізичного терапевта. Серед усіх патологій, за даними ВООЗ, патології хребта мають особливе четверте місце після порушень систем серцево - судинної, обмінних порушень (таких як цукровий діабет, а також серед патологій канцерогенної природи [1. с. 5].

Як визначив провідний фахівець Марк Руссо, хронічні болі у попереку мають поширене явище у пацієнтів з порушенням опорно-рухового апарату. Як зазначив дослідник, більшість неспецифічних болей не мають конкретної причини розвитку даної патології. Ми лише можемо сказати про те, що патології попереку мають комплексні фактори, які обмежують діяльність людини [2].

Мета роботи – провести аналіз та узагальнення літературних джерел щодо застосування засобів фізичної терапії/реабілітації в осіб із хронічними болями у поперековому відділі хребта.

Результати дослідження. За даними Мельниченко Л.В., при хронічних болях у поперековому відділі хребта рекомендують такі засоби

фізичної терапії/реабілітації: кінезіотерапію (терапевтичні вправи для покращення гнучкості, амплітуди, і сили), кінезіотейпування, лікувальний масаж, мануальна терапія, та ін Використовують діафрагмальні вправи, вправи на згинання/розгинання стегна із опором та без нього, вправи із підняттям тазового відділу (частковим та повним підніманням), скручування ніг (тобто нахил ніг в одну та іншу сторону, додаючи опір), відведення та приведення стегна, тощо [3 с.97-99].

Згідно досліджень Ачкасової Е.Е, Задориної Г.Н., завдяки тренувальним вправам відбувається покращення стану пацієнта, якщо він регулярно займається фізичним тренуванням. У реабілітаційній програмі можна використовувати будь - які комплекси вправ, однак їх частота або елементи тренувальних вправ залежать від того, яка саме патологія є у хворого [4 с.33-34].

Хворим, які страждають на дисфункцію поперекового відділу хребта, рекомендують загальні тренування, спеціальні вправи, особливо пропріорецептивні вправи, які використовують досить часто для даної категорії людей. Також можна використовувати методику Godelieve Denys-Struyf (GDS), яка спрямована на розвиток моторики. Ще використовують йогу і масаж.

Якщо ми кажемо про масаж, то він є досить ефективним для пацієнтів при гострому та хронічному болю [5 с. 72]. Завдяки методиці лікувального масажу можна прискорити кровообіг, зменшити явища застою в організмі людини, а також зменшити атрофію або спазмованість м'язів, якщо вони є. Але масаж краще всього використовувати як додатковий метод у комплексі із вправами, які підвищують результативність програм. Щодо йоги, ми можемо побачити зміцнення каркасу хребта завдяки плавності рухів, поступовому ростягненню, а також подоланні опору.

І наостанок важливо зазначити, що реабілітаційний процес повинен тривати не менше 1-2 міс., якщо є соматогенні порушення, а також 3-4 міс., якщо наявна нейрогенна патологія.

Висновки. Отже, за даними літературних джерел, з'ясовано, що порушення поперекового відділу хребта є досить поширеною патологією опорно - рухового апарату, які мають хронічний перебіг та рецидивні явища. В основному ми використовуємо кінезіотерапію, масаж, йогу та інші форми реабілітації, що допоможуть нам зміцнити поперековий відділ, ліквідувати певні ускладнення, а також нормалізувати кровообіг.

Список літератури

1. Мурашко Н.К., Середа В.Г., - Вертеброгенні больові синдроми. Навчально - методичні рекомендації - Київ 2013 - 5 -15 с.
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29230905/>
3. Мельниченко Л.В. - Ефективність комбінованої тракції в медичній реабілітації хворих з міофасціальним больовим синдромом поперекової локалізації- Київ, 2019 - с.97-99
4. Ачкасова Е.Е, Задорина Г.Н. - Кинезиотерапия при боли в спине - Москва 2019 - с.33-34
5. Holtzman S, Beggs RT. Yoga for chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. Pain Research and Management. 2013 Oct;18(5):267- 72 с.

ПОКРАЩЕННЯ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПІЗНЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Олена БІСМАК

д. фіз. вих., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Олександр ПОЛОНСЬКИЙ

магістрант кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Актуальність дослідження. В багатьох країнах світу та в тому числі і України інсульт є однією з 10 основних причин тривалої фізичної непрацездатності. Багато людей, які пережили інсульт, мають залишковий сенсомоторний дефіцит, який негативно впливає на баланс і якість життя. Справді, повідомлялося, що 83% пацієнтів через 2–4 тижні після інсульту мали порушення рівноваги, а заняття рівновагою та ходьбою становили 34% фізіотерапевтичного лікування. Вплив координації стоячи на повсякденне життя може бути значним, оскільки поступальний контроль пов'язаний з амбулаторними здібностями та незалежністю від загальної моторної функції [1, с. 38]. Таким чином, відновлення рівноваги і пересування є надзвичайно важливим для пацієнтів, які одужують після інсульту [2, с. 759].

Висновки з моніторингу (аналізу) останніх досліджень і публікацій. Майже дві третини людей, які перенесли інсульт, мають початковий дефіцит рухливості, а через шість місяців після інсульту більше 30% тих, хто пережив інсульт, все ще не можуть ходити самостійно [2, с. 770]. Mansfield та ін. вивчали поширеність асиметрії

стійки через 1 рік після інсульту: 48% пацієнтів були асиметричними, віддаючи перевагу непаретичній нижній кінцівці; 12% віддали перевагу паретичній нижній кінцівці; і 40% були симетричними [3, с. 428]. Науково обґрунтовано застосування заходів фізичної терапії, спрямованих на відновлення постурального балансу та функції ходьби хворих з постінсультними геміпарезами, що враховують їх функціональну мобільність і рівень залежності від допомоги при ходьбі.

Мета дослідження – обґрунтувати і розробити алгоритм заходів фізичної терапії для пацієнтів з порушенням постурального контролю після перенесеного інсульту у пізньому відновлювальному періоді.

Виклад основного матеріалу дослідження. Порушення рівноваги знижує здатність до самостійності в повсякденному житті [4, с. 164]. Через тривалі обмеження фізична працездатність та соціальна адаптація пацієнтів ускладнені [4, с. 165]. При інсульті аномальна постуральна реакція не може бути обумовлена лише односторонньою сенсомоторною дисфункцією. Відомо, що інсульт може знижувати вестибулярну функцію і що це може впливати на постуральну реакцію з обох боків тіла з порушенням вестибуло-очного рефлексу. У хворих з інсультом порушується здатність переносити навантаження у фазі розмаху. Пацієнти мають труднощі у підтримці вертикального положення стоячи з ураженої сторони, мають труднощі з контролем м'язів і важко реагують на пропріоцептивний ефект зворотного зв'язку, що створює додаткові труднощі з рівновагою [5, с. 319]. Порушення положення сидячи само по собі є основною причиною залежності, оскільки контроль за тулубом необхідний для контролю над більш складними видами діяльності,

такими як довільні рухи верхньої кінцівки, положення стоячи або хода. Після інсульту автоматичний тонус осьових м'язів і довільна сила тулуба порушуються з двох сторін, найбільш помітно на паретичному боці [4, с. 165]. Статичний постуральний контроль стоячи вимагає підтримки центру ваги в межах стабільності. Після інсульту стабілометрія використовується для оцінки поверхні стабільності, яка є меншою, ніж у здорових суб'єктів, за межами якої підтримка центру ваги не може пересуватися, не піддавши геміпаретичного пацієнта втрати рівноваги [5, с. 329].

Висновки. Пацієнти після інсульту демонструють багато змін у моторних стратегіях для контролю постави, головним чином асиметрію маси тіла, затримку та знижену передбачувану постуральну корекцію, синергічну коактивацію м'язів та аномальний постуральний нахил. В процес реабілітації пацієнтів із порушенням постурального контролю включають різні засоби фізичної терапії, які спрямовані на відновлення рухової та чутливої функції ушкодженої кінцівки, фізичної працездатності та якості життя. Наслідки для реабілітації є важливими, і ця тема потребує подальшого вивчення для розробки індивідуальних програм, заснованих на розумінні рухової частини при даній патології.

Список літератури

1. Зозуля І. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні : Укр. мед. Часопис. 2011. № 5(85). С. 38.
2. Fisher A., Martin J., Sriksalanukul W., Davis M. Trends in stroke survival incidence rates in older Australians in the new millennium and forecasts into the future. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* 2014. Vol. 1, no. 23. P. 759-770.
3. Mansfield A., Danells CJ., Zettel JL., Black SE., McIlroy W. E. Determinants and consequences for standing balance of spontaneous weight-bearing

on the paretic side among individuals with chronic stroke. 2013. Vol. 3, no. 38. P. 428.

4. Shumway-Cook A., Woolacott M. Motor Control. Translating Research into Clinical Practice. *Lippicott Williams & Wilkins*. 2007. Vol. 2. P. 164–165.

5. Ovbiagele B., Nguyen-Huynh M. N. Stroke epidemiology: advancing our understanding of disease mechanism and therapy. *Neurother J Am Soc Exp Neurother*. 2011. Vol 2, no. 8. P. 319-329.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС

Людмила РОМАНІВ

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

Ольга ПШАК

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

Модернізація змісту сучасної вітчизняної освіти в напрямі інтеграції в Європейський освітній простір передбачає розроблення та

впровадження інноваційних освітніх систем і технологій, зокрема тих, що мають здоров'язбережувальну та оздоровчу спрямованість [3, с. 215-219]. Адже молоде покоління буде перспективним і далекоглядним лише за умов збереження та зміцнення свого здоров'я у всіх його аспектах. Виникає потреба й у застосуванні здоров'язбережувальних і оздоровчих технологій не лише в освітніх закладах, створюючи здоров'язбережувальне навчальне середовище, а й у повсякденному житті. Навчання учнів/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 учнів/студентів вимагає розроблення спеціальних здоров'язбережувальних методик і технологій для використання у закладах освіти.

Поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує в собі всі напрями діяльності загальноосвітнього закладу щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів [2, с. 35]. Під здоров'язбережувальними технологіями вчені пропонують розуміти:

- сприятливі умови навчання дитини в школі (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання);
- оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм);
- повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Впровадження здоров'язбережувальних освітніх технологій пов'язано з використанням медичних (медико-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, лікувально-оздоровчих), соціально-адаптованих, екологічних

здоров'язберезувальних технологій та технологій забезпечення безпеки життєдіяльності [3, с. 215-219].

Аналіз класифікацій існуючих здоров'язберезувальних технологій дає можливість виокремити такі типи (за О. Ващенко) [1, с. 5]:

- **здоров'язберезувальні** – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини;
- **оздоровчі** – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія;
- **технології навчання здоров'ю** – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загально навчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти;
- **виховання культури здоров'я** – виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини.

Здоров'язбережувальні технології дозволяють: сформувати соціальну зрілість випускника; забезпечити можливість учням реалізувати свій потенціал; зберегти і підтримати фізіологічне здоров'я учнів.

Сучасний освітній процес характеризується широким впровадженням здоров'язбережувальних технологій. І це є об'єктивним процесом, новим етапом в еволюції освіти, на якому будуть переглянуті підходи до супроводу і забезпечення процесу природного розвитку дитини.

Список літератури

1. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі. *Здоров'я та фізична культура*. - 2006. №8. С. 1-6.
2. Інтерактивні технології навчання: теорія, практика, досвід: метод. посіб. авт. – укл.: О.Пометун, Л.Пироженко. - Київ. 2002. - 136 с.
3. Здоров'язбережувальні технології в освітньому середовищі: колективна монографія [за заг. ред. Л.М. Рибалко]. Тернопіль - 2019. - 400 с.

ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ХВОРИХ НА АДГЕЗИВНИЙ КАПСУЛІТ

Артем СЕМЕНЮК

здобувач вищої освіти другого (магістерського) рівня,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Антоніна КОВЕЛЬСЬКА

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

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Вступ. Одним з розповсюджених захворювань опорно-рухового апарату, зокрема плечового суглоба, є адгезивний капсуліт (АК), на який страждає 2-5% населення світу, причому найвищий показник поширеності спостерігається серед жінок у віці від 40 до 60 років [1, с. 2]. Больова скутість плеча негативно позначається на повсякденній активності і, як наслідок, веде до погіршення якості життя [2, с. 2]. Фізична терапія (ФТ) грає важливу роль в лікуванні болю, пов'язаного з обертальною манжетою, крім того, вправи є основним терапевтичним підходом при розгляді болю та функціональних обмежень [3, с. 2].

Мета: обґрунтувати та розробити алгоритм застосування засобів ФТ для відновлення рухової функції верхньої кінцівки при АК.

Методи дослідження. У дослідженні взяли участь 20 жінок з захворюванням на АК, середній вік $59,7 \pm 1,3$ (55,0-65,0) років, які проходили відновне лікування на першій стадії захворювання. Для проведення спостереження було сформовано 2 групи: пацієнти, які проходили відновне лікування за розробленим алгоритмом комплексної ФТ, склали основну групу (ОГ), $n=10$; контрольна група (КГ), $n=10$ – хворі на АК, яким проводився комплекс відновлювальних заходів за програмою лікувального закладу. Тривалість лікування склала 6 місяців. Дослідження проводили до і після курсу відновного лікування.

Використовували наступні методи дослідження: специфічні тести при захворюваннях плечового суглобу, пальпація, гоніометрія, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), тестування за допомогою системи Redcord, відповідні методи математичної статистики для обробки даних.

Результати дослідження: Виявлено, що величина кутів згинання та відведення в плечовому суглобі (ПС) хворих на АК в ОГ до ФТ склала $99,2 \pm 11,0^\circ$ і $41,4 \pm 13,35^\circ$ проти $168,6 \pm 5,3^\circ$ ($p < 0,001$) і $169,0 \pm 8,01^\circ$ ($p < 0,001$) після ФТ, відповідно. Величина кутів згинання та відведення в ПС тематичних хворих в КГ до ФТ склала $98,5 \pm 9,78^\circ$ і $40,6 \pm 12,23^\circ$ проти $147,6 \pm 7,8^\circ$ ($p < 0,05$) і $144,2 \pm 9,41^\circ$ ($p < 0,05$) після ФТ, відповідно. Показано, що при первинному обстеженні пацієнтів за ВАШ, рівень больового синдрому у ПС тематичних хворих під час сну та під час рухів склав в ОГ $7,5 \pm 1,61$ балів та $6,3 \pm 1,25$ балів, в КГ – $7,8 \pm 1,48$ балів та $6,4 \pm 1,13$ балів, відповідно. Після проведення курсу ФТ спостерігалось зменшення даних показників у обох групах хворих на АК як під час сну, так і під час рухів: в ОГ $2,5 \pm 1,8$ бали ($p < 0,05$) та в $3,2 \pm 1,35$ балів ($p < 0,05$), в КГ – $3,7 \pm 1,57$ балів та $4,2 \pm 1,16$ балів, відповідно. Під час тестування хворих на АК за допомогою системи Redcord на початку дослідження було виявлено 70% порушення плечо-лопаткового ритму. Після 4-го тижня фізіотерапевтичних втручань у 70% хворих відновилася ретракція, та у 60% протракція. Починаючи з 8-го тижня відновного лікування 10% пацієнтів повністю відновили лопатковий ритм, а 60% - могли зробити рух без додаткових навантажень. На 12-му та 16-му тижні ФТ рух ретракція відновився повністю у 50% та 90% тематичних хворих, відповідно, протракція – у 40% та 70% хворих, відповідно.

Висновки. Найбільш позитивно виражена динаміка змін амплітуди рухів у ПС тематичних хворих спостерігалась у ОГ по відношенню до результатів КГ. При цьому треба зазначити, що у 95% пацієнтів повне відновлення рухливості в суглобі за досліджуваний період не відбулося, що вказує на продовження проведення відновного лікування. Незважаючи на позитивні зміни рівня больових відчуттів як під час сну, так і під час рухів в обох групах, більш позитивна динаміка виражена в ОГ після впровадження запропонованої нами програми ФТ. При оцінці

рівня м'язевої сили та роботи нервово-м'язевої системи за допомогою системи Redcord хворих на АК виявлено позитивну динаміку збільшення об'єму рухів в суглобі після проведеного курсу ФТ. Крім того, корекція патобіомеханічних порушень лопатки і плечової кістки дозволяє скоротити терміни відновного лікування даної категорії хворих, дозволяючи вже на 16 тижні ФТ розпочинати силові тренування, що значно покращить функціонування верхньої кінцівки. Таким чином, запропонований комплексний, індивідуальний підхід, значно скорочує терміни процесу відновлення втрачених функцій тематичних хворих у ОГ, що в свою чергу, засвідчує ефективність застосування даного алгоритму ФТ та дозволяє зменшити больові відчуття, покращити функціональні показники, збільшити діапазон рухів в ПС, поліпшити якість життя осіб з захворюванням на АК.

Список літератури

1. A comprehensive view of frozen shoulder: a mystery syndrome / D. de la Serna et al.; *Frontiers in medicine*. 2021. Vol. 8. P. 663703.
2. The spatial extent of pain is associated with pain intensity, catastrophizing and some measures of central sensitization in people with frozen shoulder / M. Balasch-Bernat et al.; *Journal of clinical medicine*. 2021. Vol. 11, No. 1. P. 154.
3. Baeske R., Hall T., Silva M. F. The inclusion of mobilisation with movement to a standard exercise programme for patients with rotator cuff related pain: a randomised, placebo-controlled protocol trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2020. Vol. 21, No. 1. P. 744.

РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Катерина СИТНИК

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

Міофасціальний больовий синдром (МБС) може розвиватися у будь-якій частині тіла, біль може бути локальним або відбитим, його джерелом є міофасціальна тригерна точка, найбільш імовірною причиною появи якої вважається ішемія м'язової тканини. В МКБ-10 для даного синдрому немає окремого коду, він входить в групу М.79 – інші хвороби м'яких тканин. Крім того, в МКХ-10 є ряд кодів для станів, пов'язаних із м'язовими болями, до прикладу: міозит (М60.9), гострий міофасциїт (М60.9), міофіброз (М62.8), міжреберна міалгія (М79.1) тощо. Причини та механізми МБС, а також способи лікування, є предметом активних досліджень і наукових обговорень, оскільки в цих питаннях є багато незрозумілого, невивченого і дискусійного. [1; 2]

Протягом життя кожна людина неодноразово стикається із проблемою м'язового болю. Існує величезна кількість факторів, що потенційно можуть викликати МБС та вести до подальших негативних наслідків, таких як погіршення якості життя, обмеження звичного рухового режиму, тимчасова втрата працездатності, хронічний стрес, різноманітні ускладнення, як наприклад, головний біль, підвищення артеріального тиску, стомлюваність та інші. Статичне напруження, забій, розтяг, стиснення (наприклад, незручний одяг), стресовий стан, хвороби внутрішніх органів, захворювання ОРА, інфекційні захворювання, переохолодження, порушення постави, малорухомий спосіб життя – лише

неповний перелік ситуацій, які можуть спричинити МБС, з якого, однак, видно, що кожна людина час від часу опиняється у зоні ризику [3].

З огляду на масштаб проблеми, надзвичайно актуальним є розробка ефективних методик для профілактики МБС та реабілітації людей, у яких МБС уже виник. Фізична активність має першочергову роль у підтриманні здоров'я рухового апарату людини. Програма немедикаментозного лікування МБС включає інактивацію тригерних зон шляхом їх компресії, корекційне розслаблення і розтягнення відповідних м'язів за допомогою масажу, технік мануальної терапії, відповідних вправ на розтягнення, постізометричну релаксацію. Крім того, необхідно виявляти причини виникнення МБС, за необхідності корегувати постуральні дисфункції, психологічний стан, спосіб життя. [4]

Список літератури

1. Annemarie Galasso, Ivan Urits, Daniel An, Diep Nguyen, Matthew Borchart, Cyrus Yazdi, Laxmaiah Manchikanti, Rachel J. Kaye, Alan D. Kaye, Ken F. Mancuso, Omar Viswanath. A Comprehensive Review of the Treatment and Management of Myofascial Pain Syndrome. *Current Pain and Headache Reports*. 2020. 24:43. URL: <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00877-5>.

2. Helene M. Langevin. Fascia Mobility, Proprioception, and Myofascial Pain. *Life*. 2021. 11, 668. URL: <https://doi.org/10.3390/life11070668>.

3. С. С. Пшик, Н. Л. Боженко, Р. С. Пшик, І. М. Боженко. Міофасціальний больовий синдром – деякі аспекти діагностики та лікування. *Львівський клінічний вісник*. 2013. № 3

4. Люси Уайт Фергюсон, Роберт Гервин. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство. Москва, 2019. 539 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ

Андрій СЛОБОЖАНІНОВ

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Вітчизняна психолого-педагогічна наука в даний час говорить про те, що для людини з будь-яким видом відхилення від вікової та функціональної норми розвитку можна сформувавши умови, які б забезпечили позитивну динаміку в його розвитку, а також емоційне благополуччя та швидку соціальну адаптацію. Величезна роль вирішенні цієї проблеми належить потенціалу адаптивної фізичної культури. Адаптивна фізична культура, її коригуючий потенціал, спрямований на супровід психофізичної, психологічної та психолого-педагогічної організації освітнього процесу. Такий підхід в освітньому процесі пов'язаний із активізацією використання діяльнісного підходу у руховій діяльності, що включає спеціально підібрані фізичні вправи, рухливі ігри, а також методологічні підходи, прийоми та засоби, що становлять спеціально організовані навчальні види адаптивної фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності [1].

Враховуючи особливості організації адаптивної фізичної культури та спорту, необхідно розуміти, що ця категорія осіб є досить неоднорідною. Проте, на першому плані стану їхнього рівня розвитку визнається уповільненість становлення емоційно-особистісних характеристик, довільного поведінкового та рухового регулювання, а також затриманий розвиток різних сторін пізнавальної діяльності. У зв'язку з цим при здійсненні освітнього процесу в контексті адаптивної фізичної культури слід особливу увагу приділяти принципам організації

та супроводження фізичного розвитку та фізичного вдосконалення осіб цієї групи. Серед таких принципів виділяють такі:

– принцип своєчасного діагностичного обстеження, що дозволяє врахувати сукупність всіляких відповідних відхилень у розвитку таких осіб, що є просто необхідною умовою успішної корекції та реабілітації у процесі освоєння потенціалу адаптивної фізичної культури та спорту;

– принцип комплексного підходу – здійснення діагностичних заходів: необхідно враховувати результати різних сторін обстеження (фізичні, фізіологічні, психофізіологічні, нейрофізіологічні, біохімічні та багато інших). Результати даних досліджень допомагають виявити провідні порушення у фізичному та психофізіологічному розвитку, чим досить полегшують корекційно-розвивальну діяльність у процесі реалізації потенціалу адаптивної фізичної культури та спорту;

– методологія особливостей реалізації навчального процесу у контексті адаптивної фізичної культури базується на регуляції свого інструментарію відповідно до принципів цілісності та конкретності. Це є важливим моментом щодо рівня фізичного і психофізіологічного розвитку учня і корекції його розвитку.

– принципам індивідуалізації та диференціації – проведення педагогічних спостережень за діяльністю того, хто навчається, його поведінкою в різних ситуаціях, умінням контактувати з оточуючими, а також оцінити адекватність його реакцій на зауваження викладача, схвалення, невдачі в діяльності та ін. при організації навчального процесу з адаптивної фізичної культури відводиться принципам індивідуалізації та диференціації, що дозволяє виробити індивідуальні освітні маршрути для осіб відповідних категорій при використанні

адаптованих методологічних інструментів, включаючи методичний посібник у роботі та методи педагогічної оцінки. Це дозволяє більш достовірно оцінити динаміку у розвитку осіб з відхиленнями у стані здоров'я у процесі освоєння дисципліни «Адаптивна фізична культура та спорт»;

– діяльність викладача у процесі реалізації адаптивної фізичної культури також будується за принципом інтеграції, оскільки від початку комунікативне поведінка є процесом інтегративного характеру. Формування комунікативної поведінки та розвиток рухових функцій тісно взаємопов'язані. Тому діагностика цих видів діяльності має важливе діагностичне значення та відіграє особливу роль у формуванні адаптації осіб даної категорії до процесу навчання.

Отже, особливості вищевикладених принципів у процесі організації адаптивної фізичної культури та спорту дозволяє врахувати не лише фізичну та психофізіологічну складову у розвитку осіб з відхиленнями у стані здоров'я, а й впливати на інтелектуальну, особистісну та соціально-психологічну готовність учнів, до якої входить і компонент вольової готовності [2].

При врахуванні особливостей організації навчального процесу в рамках адаптивної фізичної культури, необхідно пам'ятати, що основними завданнями даного освітнього процесу слід розглядати такі як:

- корекційний вплив з метою відновлення відхилень у розвитку;
- відновлення здоров'я учнів;
- відновлення порушених функцій організму;
- нормалізація рухової активності та обміну речовин;
- попередження процесу м'язової атрофії, а також профілактика контрактур та порушень функцій опорно-рухової системи;
- формування навичок самостійного обслуговування та саморозвитку на тлі загального зміцнення, відновлення здоров'я за умови вироблення навичок здорового способу життя;

- удосконалення рівня фізичного розвитку, функціонального стану, а також рухових здібностей;
- формування здатності до адаптації, включаючи і соціальну адаптацію учнів;
- відбір осіб із відхилення у стані здоров'я, здатних до участі у змаганнях різного рівня [1].

Спектр подібних завдань дозволить дисципліні, що розглядається нами, виступати в рамках навчального процесу як результуючий концепт комплексного впливу різних методичних рішень, засобів, організаційних форм та умов педагогічного супроводу по відношенню до учнів, що мають різні ступені відхилення в стані здоров'я.

Список літератури

1. Когут, І. О. Соціально-гуманістичні засади розвитку адаптивної фізичної культури в Україні (на матеріалі адаптивного спорту). : автореф. дис. ... докт. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02; Нац. ун-т фізичного виховання і спорту України. Київ, 2016. 46 с

2. Адаптивна фізична культура: навч.-метод. посіб. для студентів факультетів фізичного виховання / М.М. Трояновська; Нац. університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Чернігів, 2018. 104 с.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ДІЄТОТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТОЗ

Наталія СТРАТІЙЧУК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії

та домедичної підготовки

Наталія КОЗІК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії

та домедичної підготовки

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

В медицині ХХІ століття особливого значення набуває проблема неалкогольного стеатозу печінки - неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Серед причин розвитку НАЖХП та її прогресування перше місце займає метаболічний синдром (ІР) в поєднанні з ожирінням, гіперліпідемією та цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2). За даними Roynard T., Ratziu, V., поширеність НАЖХП на фоні синдрому ІР у світовому масштабі може становити до 10%, тобто 600 млн людей. Багатофакторність патогенезу неалкогольного стеатозу печінки більшість дослідників даної проблеми пов'язують з фактором харчування, якому відводиться вирішальна роль у розвитку цього захворювання [1, с.18].

Для лікування метаболічного синдрому який супроводжується стеатогепатозом та ЦД2 типу використовують традиційне медикаментозне лікування з застосуванням дезоксиурсохолевої кислоти, сирепару, інсулінів швидкої і пролонгованої дії та дієтотерапію. Однак рандомізовані дослідження застосування низькокалорійної дієти показують, що пацієнти з ЦД2 досягають стійкої ремісії у лише 40%, а смертність пацієнтів яким призначався інсулін у високих дозах на 22% перевищує немедикаментозні методи лікування.

В реабілітації пацієнтів з ЦД2 та гепатостеатозом основним методом не медикаментозного лікування є дієтотерапія. Для надання якісних реабілітаційних послуг клієнтам з неалкогольним стеатозом необхідно проводити чітку діагностику обмінного синдрому з жировою дистрофією печінки при цукровому діабеті 2 типу (ЦД2) та обрати найбільш перспективні

методи дієтотерапії. З цією метою було проведено дослідження, в якому ми порівняли результативність використання при реабілітації НХЖП інтервальної дієти з додаванням фітотерапевтичних засобів з класичними методами (лікувальний стіл №9а по Певзнеру).

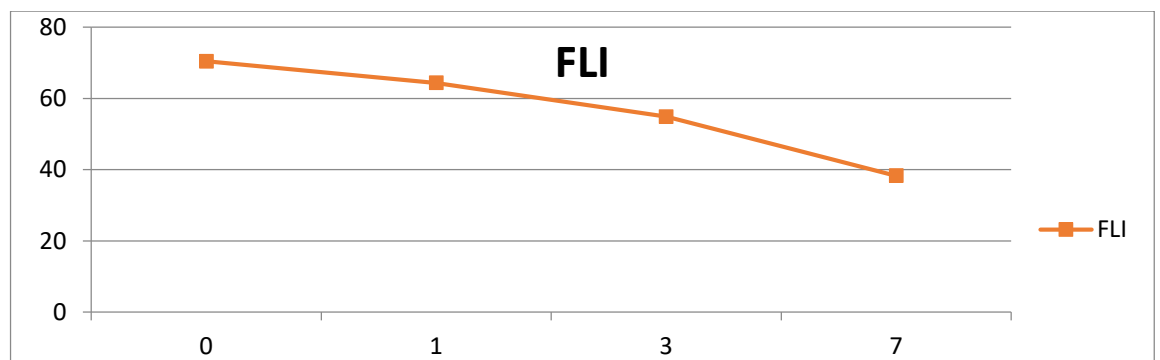
В діагностиці обмінного синдрому з розвитком стеатогепатозу визначальну роль мають неінвазивні методи дослідження: оцінка харчового раціону пацієнтів, вимірювання маси тіла, обхвату талії (ОТ), індексу маси тіла (ІМТ), індексу жирової печінки *FLI* (*fatty liver index*), перехідна еластографія та біохімічні аналізи: *АЛТ*, *АСТ*, тригліцериди (TG), *GGT* - гамма-глутаматтрансфераза, рівень глюкози в крові, ЛПВЩ, ЛПНЩ, глікований гемоглобін (HbA1c). Тест FLI підходить для скринінгу великої площі печінки. Він обчислюється за допомогою онлайн - калькулятора з 4 вхідних параметрів (ІМТ, обхват талії, TG та GGT) з чутливістю 84% та специфічністю 97%. Перехідна еластографія, на відміну від менш інформативного УЗД печінки та гістологічного дослідження, технічно здійснений, швидкий, добре переноситься пацієнтами. Даний метод використовується з високою точністю для оцінки ступеня стеатозу, фіброзу печінки (F0 – F4) за класифікацією Метавір. За вибраними діагностичними показниками можна швидко зорієнтуватись щодо необхідності дообстеження та корекції лікування.

У дослідженні взяли участь 28 хворих на ЦД 2-го типу з супутнім ожирінням та стеатогепатозом зі стажем захворювання більше 4 років. Опитування та аналіз історій хвороби дають можливість стверджувати що всі пацієнти мали симптоми метаболічного синдрому з (ЦД) 2 типу.

Пацієнти контрольної групи дотримувались лікувальної дієти стіл №9а. Пацієнтам експериментальної групи, окрім медикаментозного лікування, було проведено семимісячний курс інтервальної дієтотерапії 16/8 з енергетичною цінністю 1400 - 1600ккал та якісним обмеженням кількості вуглеводів і жирів та використанням фітопрепаратів – тирличу жовтого (спиртова настоянка по 15-20 крапель 2 рази на день, протягом 30 днів) та шроту розторопші плямистої, по одній десертній ложці натще зранку та ввечері протягом 40-ка днів. Курс фітотерапії повторювався тричі з перервою, яка становила 15 днів. Додаткові дослідження підтверджують, що інтервальний прийом їжі з обмеженням калорій ефективний для схуднення. При цьому зникає небезпечний вісцеральний жир, покращуються показники ЛПНЩ, знижується кількість

т
р
и
г
л
і
ц
е

Зміна показників індексу ожиріння печінки



р
и
д
і
в
з

Рис. 1. 1- замір до початку реабілітаційного курсу. 2 – замір після першого місяця дослідження. 3 замір після 3 місяців дослідження; 4 - замір після завершення дослідження

н
и
ж
у
є

Результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що комбінація інтервальної дієти з гепатопротективною фітотерапією, ефективно знижують ІМТ, FLI та ОТ, дозволяють отримати стабільне зниження маси тіла, рівня цукру крові та зменшити дозу чи відмовитись від інсулінотерапії.

Список літератури

1. Вірстюк Н.Г. Клініко-патогенетичні особливості перебігу хронічних гепатитів та розвитку цирозу печінки, диференційовані методи лікування. Автореф. дис. д-ра мед. наук, Івано-Франківськ, 2002. С 44.

РОЗВИТОК МОТОРНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ ІЗ ДЦП

Катерина ТОЛОК

студентка 5 курсу

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

Наталія КОЗІК

старший викладач

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

Об'єм професійної допомоги та підтримки фізичного терапевта, необхідний певному пацієнту залежить від його рухового рівня та особливостей і визначається за допомогою «континууму допомоги пацієнту».

Континуум є поєднанням складових фізичної терапії, який ключає 6 етапів розділених на дві частини. У першу частину входять: терапевтична бесіда, інформування клієнта та проблемно-орієнтуюча

рекомендація, у другу – інструктаж, фізичний супровід пацієнта та виконання задач за пацієнта.

Форми роботи першої частини, менш інтенсивні та менш структурні. Друга частина передбачає тісний контакт фізичного терапевта і пацієнта. Етапи її відрізняються за ступенем втручання спеціаліста у процес виконання завдання:

1. Інструктаж. Усний супровід та вербальна стимуляція фізичного терапевта при самостійному виконанні пацієнтом вправ під наглядом.

2. Фізичний супровід. Спеціаліст допомагає пацієнту (фасилітує), якщо той не може підтримувати позу чи здійснювати рух самостійно, при цьому об'єм допомоги не перевищує фактичну потребу пацієнта.

3. Виконання завдання за пацієнта використовується тоді, коли пацієнт зовсім не може підтримувати позу та здійснювати рух.

Основним у фізичній терапії є навчання рухових навичок, потрібних у реальних умовах життя. Фізичний терапевт повинен окреслити цілі та завдання індивідуальної програми, вирішити, які саме рухові навички пацієнт буде опановувати та створити чіткий алгоритм реабілітаційного втручання [1].

Більшість рухових задач зводяться до трьох основних компонентів: підтримання певного положення тіла (пози), перехід від однієї пози до іншої та переміщення тіла в просторі. Відпрацьовувати такі навички можна у двох середовищах: стабільному незмінному та нестабільному змінному. Під час дослідження використовувалось тільки стабільне незмінне середовище, оскільки перехід до нестабільного можливий тільки за умови 100% опанування певного рухового завдання, що потребує більшого проміжку часу [1, 2].

Відновлення розпочинають із навички підтримання пози, оскільки від якості вихідного положення залежить якість рухів, які здійснюються в межах певної пози та в рамках переходу з одного положення тіла в інше.

Основою побудови пози є правильний розподіл ваги тіла. Симетрія пози та правильне вирівнювання необхідні для зміни пози: по горизонталі, зверху вниз та знизу вверх. Пацієнту при переходах необхідно переміщувати центр ваги тіла, опановувати асиметричні рухи та ротацію сегментів тіла.

Працюючи з дітьми із церебральним паралічем необхідно зосереджуватись на правильності пасивного переміщення. Коли згідно континууму рівень дитини відповідає етапу «Виконання задачі за пацієнта» (не рухається самостійно) фізичні терапевти виконують переміщення згідно фізіологічного патерну.

До навчання ходьби дітям із ДЦП розвивають можливість опори на двох ногах, вміння переносити вагу тіла на одну ногу, навички правильного падіння. Розвиток навичок ходи починають із правильної техніки страхування та підтримки дитини, що підвищує відчуття безпеки, зменшує гіпертонус м'язів, покращує контроль рухів та зменшує ймовірність падіння. Допомога дитині не повинна перевищувати потреби у навантаженні та розвитку адаптації до нього.

Засобом зворотнього зв'язку й елементом зовнішньої допомоги для корекції техніки та стимуляції руху дитини є голосові вказівки, а заохоченням (позитивним підкріпленням) мотивації дитини – підбадьорливі доторки та слова.

У роботі з пацієнтами із ДЦП основною метою вважають перехід від етапу виконання задачі за пацієнта до етапів інструктажу та проблемно-орієнтуючої рекомендації, а далі до максимально можливого розвитку функцій.

При проведенні вправ пацієнтам із подвійною геміплегією ми керувалися наведеними вище принципами. У комплекс експериментальної групи входили вправи в положенні сидючи з підтримкою на різному рівні: грудної клітки, попереку та стегон, стегон, внутрішньої сторони стегон. Добиралися вправи для розвитку вміння сидіти самостійно з опорою на руки, опираючись на спину та гратися, без опори на руки, вміння сидіти на лаві чи стільці з підтримкою фізичним терапевтом стегон чи колін; сидіти та дотягуватися до предметів; сидючи самостійно, гратися іграшками. Проводили також чотирьохетапне вставання, стимулювання до пересування до предметів (навчання повзання).

Заняття по навчання моторних навичок за обраною методикою, поєднане із кінезіотейпуванням, та комплексом фізичної терапії сприяли покращенню середніх показників сидіння, повзання, стояння на колінах, стояння, ходьби, бігу та стрибання. В експериментальній групі приріст показників визначався в межах від 4,8% до 17,7%, тоді, як у контрольній від 0,9% до 9,2%. Загальна оцінка в експериментальній групі покращилась на 9,4%, а в контрольній – на 4, 6%.

Приріст показників рівня постральної здатності в експериментальній групі був від 0,5 до 2 балів, а в контрольній – від 0,5 до 1 балу. Показники якості пози покращилися в експериментальній групі на 0,25- 2,5 балів, а в контрольній – від 0 до 1,5 балів. Результати дослідження підтверджують ефективність застосування запропонованого поєднання методів відновлення та ймовірність широкого використання його в реабілітаційній практиці

Список літератури

1. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. Изд.2-е. М.:Теревинф, 2018. – 288 с.

2. Shumway-Cook A., Woollacott M.N. Motor control: Translating research into clinical practice. 3rd ed. Philadelphia etc.: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

СТАБІЛІЗАЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ОСІБ З НЕСПЕЦИФІЧНИМ БОЛЕМ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Вікторія ЯКУБОВСЬКА

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

Біль у попереку є основною причиною інвалідності і найпоширенішою серед усіх неінфекційних захворювань. Хронічний біль у нижній частині спини – це біль, що триває 12 тижнів або довше, локалізований нижче краю реберної залози та над нижніми сідничними складками, з болем у ногах або без нього. Хоча біль в попереку становить приблизно 20% всіх випадків болю в попереку, він створює приблизно 80% прямих витрат на біль у попереку. Приблизно у 90% пацієнтів із болем клініцисти не можуть поставити конкретний діагноз, і тому пацієнтів класифікують як «неспецифічні». Необхідно визначити та оцінити ефективність втручань, здатних лікувати неспецифічний біль в попереку. Існують певні дослідження, що пасивні методи лікування, такі як ультразвук, гаряча та холодна терапія і масаж без тренування, не зменшують біль у дорослих з неспецифічним болем в попереку. Тренування з фізичними вправами в показали свою

ефективність у зменшенні болю в порівнянні з лікуванням дорослих без фізичних вправ.[1]

Стабілізаційний тренінг є поширеною формою вправ, які використовуються для управління болем в попереку. Вони зосереджуються на активації глибоких м'язів тулуба і спрямовані на відновлення контролю та координації цих м'язів, переходячи до більш складних і функціональних завдань, що об'єднують активацію глибоких і глобальних м'язів тулуба. В нещодавньому метааналізі було відібрано 32 дослідження, що ймовірно, стабілізаційний тренінг є більш ефективним, ніж мінімальне втручання для зменшення болю в попереку. [2]

В іншому огляді, метою якого було оцінити ефективність сегментарних стабілізуючих вправ при гострому, підгострому та хронічному болі в попереку щодо болю, рецидиву болю, інвалідності та повернення до роботи. Було оброблено інформацію 8-ми досліджень, відібраних з основних баз даних. При гострому болі в попереку сегментарні стабілізуючі вправи однаково ефективні для зменшення короточасної втрати працездатності та болю і більш ефективні у зменшенні довгострокових рецидивів болю в попереку, ніж лікування у лікаря загальної практики. При хронічному болі в попереку сегментарні стабілізуючі вправи в короткостроковій і довгостроковій перспективі є більш ефективними, ніж лікування загального лікаря, і можуть бути настільки ж ефективними, як і інші фізіотерапевтичні методи лікування для зменшення інвалідності та болю. [3]

В іншому плацебо-контрольованому дослідженні було досліджено ефективність рухових вправ для людей з хронічним болем у попереку. Дослідження проводилося в амбулаторному відділенні фізичної терапії в Австралії. Пацієнти Учасниками були 154 пацієнти з хронічним болем у попереку тривалістю понад 12 тижнів. Було запропоновано дванадцять

сеансів рухового контролю (тобто вправ, призначених для покращення функції конкретних м'язів нижньої частини спини та контролю постави та руху) або плацебо (тобто ультразвукова терапія та короткохвильова терапія) були проведені протягом 8 тижнів. Вправи з моторним контролем дали короточасне поліпшення загального враження від відновлення та активності. Більшість ефектів, які спостерігалися в короткостроковій перспективі, зберігалися під час 6- та 12-місячного спостереження.

Список літератури

1. Patrick J Owen, Clint T Miller. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. 2020 Nov; 54(21): 1279–1287
2. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, et al. . Motor control exercise for nonspecific low back pain: a cochrane review. *Spine* 2016;41:1284–95.
3. Rackwitz B, de Bie R, Limm H, et al. . Segmental stabilizing exercises and low back pain. What is the evidence? A systematic review of randomized controlled trials. *Clin Rehabil* 2006;20:553–67. 10.1191/0269215506cr977oa
4. Akbari A, Khorashadizadeh S, Abdi G. The effect of motor control exercise versus general exercise on lumbar local stabilizing muscles thickness: randomized controlled trial of patients with chronic low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2008;21:105–12. 10.3233/BMR-2008-21206

ТРЕНУВАННЯ ВИСОКОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ОСІБ 44-60 РОКІВ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ГОСТРОМУ ТА ПІДГОСТРОМУ СТАНІ

Данило ЯКУБОВСЬКИЙ

магістр кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Національний університет фізичного виховання та спорту України

Ішемічний інсульт є основною причиною інвалідності дорослих. Особи, які перенесли інсульт, мають менше половини кардіореспіраторної працездатності, вона зменшується внаслідок тяжкості захворювання та обмеження функціонування пацієнта. Післяінсультний стан призводить до підвищеного ризику серцево-судинних подій. Збереження здоров'я серцево-судинної системи має вирішальне значення для зниження ризику інсульту. Однак, реабілітація після дихальної систем зазвичай дає обмежені можливості для серцево-судинних вправ. Оптимальні параметри серцево-судинної тренування для максимального відновлення у людей, які перенесли інсульт, також залишаються невідомими. Хоча рекомендації з реабілітації після інсульту передбачають використання безперервних вправ середньої інтенсивності для покращення серцево-судинної, вони не впроваджуються регулярно в клінічну практику, інтенсивність не завжди є достатньою для досягнення тренувального ефекту. Високоінтенсивні інтервальні тренування з'явилися як потенційно ефективна альтернатива, яка включає короткі високоінтенсивні вправи, що перемежуються з періодами відновлення, з метою максимізації інтенсивності серцево-судинних вправ у ефективний спосіб. Інтенсивні вправи можуть забезпечити альтернативне втручання в та викликати більш виражені переваги після інсульту.

В дослідженні, орієнтованому на тренування високої інтенсивності було відібрано 26 пацієнтів. Дослідження проводилось протягом 8-

місячного періоду Вісімнадцять учасників були зареєстровані та випадковим чином розподілені. Учасники повідомили, що НІТ був прийнятним і серйозних побічних явищ не відбулося. Стандартизовані оцінки розміру ефекту між групами були від помірних до дуже великих для більшості показників результатів. Як висновок, було зазначено що тренування високої інтенсивності було ефективним в покращенні навичок ходи у пацієнтів після ішемічного інсульту. Також, пацієнти відмічають ефективність програми. [2]

В іншому дослідженні взяли участь 11 осіб із інсультом. Усі учасники брали участь у протоколі тренувань високої інтенсивності. Протокол складався з 40 хвилин (5 хвилин розминки, 30 хвилин ходьби і 5 хвилин відпочинку) ходьби на біговій доріжці зі структурованим збільшенням швидкості ходьби. Бігова доріжка була встановлена на 0% нахилу, а учасники були одягнені в ремені для безпеки без підтримки ваги тіла. Учасникам не надавали допомоги при ходьбі. Усі учасники пройшли тренінг. Жодних побічних ефектів від тренувань на біговій доріжці не повідомлялося. Яке повідомляє, що один сеанс тренування високої інтенсивності може посилити пригнічену кортикомоторну збудливість паретичних м'язів нижніх кінцівок у деяких людей з інсультом і позитивно впливати на перебіг захворювання. [3]

У дослідженні з використання тренування високої інтенсивності порівнювали 3 види втручання - інтервальне тренування високої інтенсивності на біговій доріжці, з обмеженням інтенсивності на біговій доріжці та звичайне тренування ходи. Шістдесят амбулаторних пацієнтів після інсульту були випадковим чином відібрані для отримання 1 з 3

різних методів лікування ходи. Результати лікування оцінювали на основі швидкості надземної ходьби, частоти кроків, довжини кроку та балів за категорією функціонального пересування. Після 4-тижневого періоду тренувань, група, що отримувала втручання з високою інтенсивністю мала кращі результати ніж в інших групах. Ця стратегія навчання ходи забезпечує динамічний та інтегративний підхід до лікування дисфункції ходи після інсульту. [4]

Серед багатьох досліджень зазначається, що необхідні більші рандомізовані контрольовані дослідження для встановлення як ефективності, так і безпеки. Також досі залишається невідомим набір оптимальних параметрів тренувань високої інтенсивності у пацієнтів після інсульту. Також недостатньо зрозумілим є потенційні механізми вдосконалень, пов'язаних з тренуванням високої інтенсивності. Важливим аспектом визначення прихильності до програми є функціональні можливості пацієнтів.

Список літератури

1. Jennifer Crozier, Marc Roig, Janice J. Eng. High-Intensity Interval Training After Stroke: An Opportunity to Promote Functional Recovery, Cardiovascular Health, and Neuroplasticity. April 20, 2018
2. Boyne, P, Dunning, K, Carl, D. High-intensity interval training and moderate-intensity continuous training in ambulatory chronic stroke: feasibility study background. *Phys Ther.* 2016;96:1533-1544
3. Madhavan, S, Stinear, JW, Kanekar, N. Effects of a single session of high intensity interval treadmill training on corticomotor excitability following stroke: implications for therapy. *Neural Plast.* 2016;2016:1686414. doi:10.1155/2016/1686414
4. Pohl, M, Mehrholz, J, Ritschel, C, Rückriem, S. Speed-dependent treadmill training in ambulatory hemiparetic stroke patients: a randomized controlled trial. *Stroke.* 2002;33:553-558. doi:10.1161/hs0202.10236

РОЗДІЛ 2.

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЕЛЕМЕНТ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Єлизавета ГОЛУБИНСЬКА

студентка 2 курсу

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

Яна РОТАР

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

Для кожного з нас відомо, що пошкодження опорно-рухового апарату часто супроводжується функціональними розладами, які призводять до втрати працездатності, і в гіршому випадку до інвалідації постраждалого.

Причиною появи рухових розладів, які лежать в основі функціональних порушень, крім анатомічних порушень і дисфункцій є тривала гіпокінезія, яка пов'язана з іммобілізацією кінцівок, тривалим постільним режимом та розвитком вторинних змін. До них відносять ся м'язові гіпо-та атрофії, різні зморщування і потовщення суглобових

сумок, втрата їх еластичності, фіброзні зміни суглобового хряща тощо. Знижуються також основні показники гемодинаміки, функції зовнішнього дихання, ЦНС, шлунково-кишкового тракту, а це може призводити до різних ускладнень і уповільнення процесів регенерації. [1, с.33, с. 70]

ЛФК при травмах складається з лікувальної гімнастики, фізичних вправ у воді, тренування ходьби, механотерапії, занять на тренажерах, ігор, елементів спорту, відновлення соціально-побутових навичок. У заняття включають як загальнозміцнюючі тренування, так і спеціальні цілеспрямовані вправи. Ці дві групи вправ слід поєднувати, віддаючи в одних випадках перевагу вправам загального дії, в інших – спеціального. Велике значення має і розумний вибір вихідного положення. Дозування фізичних вправ повинно бути адекватним функціональному стану і потенціалу ОРА хворого, а також процесам репарації. Найбільш дієво багаторазове (приблизно 3-4 рази) повторення лікувальної гімнастики протягом доби. Рекомендована тривалість кожної лікувальної процедури – не більше 15-20 хв. Надмірно тривала процедура (більше 30-40 хв) здатна привести до перевантаження, а короткочасна – виявитися недостатньо ефективною. При роботі над фізичними вправами важливо виключити появу або посилення болю. Фізичні вправи необхідно направляти на вироблення, освоєння і закріплення комплексних цілеспрямованих всебічних рухів. В результаті систематичного тренінгу у хворого потроху відновлюються навички обслужити себе без додаткової сторонньої допомоги [5; 7, с. 28].

Травма хребта – це одна з найбільш небезпечних видів механічних пошкоджень, так як може призвести до негативних наслідків: порушення провідних шляхів спинного мозку. Це тягне за собою нерухомість та втрату чутливості. Така травма може бути отримана в результаті ударів, падінь, здавлень та інших впливів. Складання

програми і термінів реабілітації такого пацієнта залежить від ступеня тяжкості отриманої травми, а також індивідуальних особливостей потерпілого.

Початковий етап реабілітації потрібно проводити вже в перші дні після травми. Перш за все хворому необхідно допомогти зайняти правильне положення на ліжку, слід проводити профілактику виникнення пролежнів і застійних явищ в легенях. Пацієнтам, які мають травму хребта, також відразу призначають дихальну гімнастику, дієтичне харчування. На другому етапі відновлення рекомендується масаж, рефлексотерапія, фізіотерапевтичне лікування, механотерапія і лікувальна гімнастика. На третьому етапі комплекс вправ змінюється: до лікувальної фізкультури, фізіотерапії та механотерапії може бути додано плавання в басейні. Для відновлення втрачених навичок проводяться заняття з ерготерапевтами. При переломах хребта фізичні вправи застосовують з урахуванням локалізації перелому (шийний, грудний, поперековий відділи), часу з моменту перелому, застосовуваного методу лікування, характеру ускладнень, віку та стану хворого [6, с. 20].

Список літератури

1. Бачинська Наталія. Ерготерапія як невід'ємна складова сучасної соціальної реабілітації / Н. Бачинська, В. Ніколенко // «Актуальні проблеми фізичного виховання, спорту та реабілітації в сучасних умовах»: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів і молодих вчених. – Вид-во «Нова Ідеологія», Дніпро, 2018. – С. 33-34.

2. Гребова Л.П. Лечебная физическая культура при нарушениях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков: учеб. пособие // Л.П. Гребова. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 176 с.
3. Епифанов В.А. Реабилитация больных с повреждениями и заболеваниями опорнодвигательного аппарата: – Режим доступа: <https://www.pravda.ru/navigator/reabilitatsija-posletravm.html>.
4. ЛФК при травмах и болезнях ОДА/
<http://www.fitnessbodybuilding.ru/poleznoe/lfk/ods.html>
5. Методические рекомендации по проведению практических занятий по дисциплине «Эрготерапевтические средства»: для студентов специальности 1-88 01 03-02 «Физическая реабилитация и эрготерапия (эрготерапия)» / Е.Е. Лебедь-Великанова. – Пинск: ПолесГУ, 2014. – 31 с.

**КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ ЖІНОК
СЕРЕДНЬОГО ВІКУ З ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИМ
ОСТЕОХОНДРОЗОМ В ПЕРІОД РЕМІСІЇ НА ТРЕНУЮЧОМУ
РУХОВОМУ РЕЖИМІ**

Сергій ЛАТОГУЗ

к. мед. н., доцент,

доцент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини,

фізичної терапії, ерготерапії

Харківський національний медичний університет

Світлана ПАРХОМЕНКО

викладач

Харківський патентно-комп'ютерний коледж

Вступ. Одним з найбільш поширених захворювань хребта є остеохондроз - дегенеративно-дистрофічне захворювання тіл хребців і міжхребцевих дисків.

Все більш актуальною стає проблема попередження розвитку остеохондрозу і усунення больового синдрому. Потрібні дієві та доступні для всіх категорій людей програми фізичної реабілітації. [1, с. 45; 2, с. 54–56].

Остеохондроз перестав бути «привілеєм старості», тепер захворювання все частіше зустрічається в молодому віці. За робочим місцем, в нерухомому стані, люди проводять по 6-8 годин, потім приходять додому втомлені і крім як лягти і відпочити не бачать іншого виходу, не розуміючи, що погіршують ситуацію стану свого опорно-рухового апарату [3, с. 125; 4, с. 75].

Люди, що працюють на заводах, а це майже 70% населення нашого міста, постійно перебувають у вимушеному напівзігнутому стані. А при необхідності люди залишаються на додаткові зміни або виходять в свій єдиний вихідний на тиждень. [5, с. 32; 6, с. 26].

Мета дослідження: Оцінити ефективність впливу застосування функціональних петель CrossCore у фізичній реабілітації хребетного стовпа у жінок з попереково-крижовим остеохондроз 35-40 років.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено дослідження 16 жінок які страждали попереково-крижовим остеохондрозом.

Всі досліджувані жінки відвідували заняття з лікувальної гімнастики двічі на тиждень. А експериментальна група після

традиційного курсу лікувальної фізичної культури, займалася ЛФК з використанням функціональних петель CrossCore, три рази на тиждень.

Результати дослідження та їх обговорення. При дослідженні показників рухливості хребетного стовпа перед початком педагогічного експерименту в контрольній та експериментальній групі, було виявлено наступне:

1) досліджувані показники в групах приблизно однакові; 2) вікова категорія в обох групах однакова, жінки 35-40 років; 3) при візуальному огляді випробовуваних жінок відзначалася сутулість, дистрофія м'язів спини, сідничних м'язів, м'язів стегон, був присутній м'язовий дисбаланс; 4) рівень фізичної підготовленості учасників дослідження нижче середнього.

Проведені повторно тестування після проведеного експерименту показали поліпшення результатів тестів. Досліджувані показники значно покращилися. Показники досягли норми і/або стали істотно ближче до показників норми.

Висновки:

1. Вимірювання по тесту Шобера показали, що в контрольній групі показники покращилися на 1,09, а в експериментальній групі на 3,34.

2. Показники тесту «Нахил вперед» у жінок експериментальної групи покращилися на 2,9 см, в той час як в контрольній групі тільки на 1,23 см.

3. Показники тесту «Оцінка гнучкості хребетного стовпа у фронтальній площині» (вліво), склали, у жінок експериментальної групи покращився показник на 3,27 см, а в контрольній групі всього на 1,34 см.

4. Показники тесту «Оцінка гнучкості хребетного стовпа у фронтальній площині» (вправо), склали, у жінок експериментальної групи покращився показник на 5,17 см, а в контрольній групі на 2 см.

5. Сила м'язів розгиначів хребта в контрольній групі покращилася на 31 секунду, а в експериментальній групі на 60 секунд.

6. У жінок контрольної групи в тесті «Оцінка функціональної здатності прямого м'яза живота» показники покращилися на 14 повторень в хвилину, а результати поліпшень показників в експериментальній групі рівні 27 повторень.

7. Проведений експеримент свідчить про ефективність занять лікувальною фізкультурою з використанням функціональних петель. Заняття в петлях CrossCore дозволяють повернути тілу гармонійний розвиток, силу, гнучкість хребта, стабілізацію міжхребцевого сегмента, властивих здоровому організму.

Список літератури

1. Бротман М.К. Неврологические проявления поясничного остеохондроза / М.К. Бротман. – Киев: Академиздат, 2005. – 98с.

2. Буланов Л.А. Остеохондроз и как с ним бороться / Л.А. Буланов // Наука и религия. – 2003. – №6. – с. 54 – 56.

3. Гершбруг М.И., Кузнецова Г.А. Кинезотерапия от боли в спине. Курс лечебной гимнастики для профилактики и лечения остеохондроза позвоночника. М.: Эксмо. 2012. 248 с.

4. Девятова М.В. Лечебная гимнастика при поясничном остеохондрозе (Серия «Лечебная гимнастика для всех!») / М.В. Девятова – СПб: Союз, 2005. – 189с.

5. Курпан Ю.И. Движение против остеохондроза позвоночника / Ю.И. Курпан, Е.А. Таламбум, Л.Л. Силин – М: Физкультура и спорт, 2012. – 32с.

6. Лечебная физическая культура при заболеваниях суставов и остеохондрозе у спортсменов (методические рекомендации) / А.Г. Шакиров – М: Издательство “Высшая школа”, 2006. – 26с.

ОЦІНКА МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЕФЕКТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

Леся ЛОГУШ

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

Олена ГАУРЯК

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

Одне із провідних місць серед дітей з захворюваннями нервової системи та порушенням рухових функцій займає дитячий церебральний параліч (ДЦП). Офіційна статистика цього захворювання така: поширення у Європі становить від 2 до 3 на 1000 новонароджених, в Україні - 2,56 на 1000 новонароджених.

Основним проявом ДЦП є порушення локомоторної функції, що характеризується патологічним стереотипом пози й ходьби та формується на основі патологічно активних тонічних рефлексів. Дане захворювання потребує сучасних підходів в реабілітації та своєчасного оцінювання для більш цілеспрямованого втручання.

Однією з поширених систем оцінювання є загальновізнана система класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS), яка застосовується для об'єктивної оцінки рівня моторних порушень у дітей з церебральним паралічем, базуючись на їх функціональних можливостях, потребі у допоміжних пристроях та можливостях пересування. Важливим моментом є те, що оцінювання потрібно робити у повсякденному функціонуванні дитини у школі, дома та у суспільстві. Важливо розподіляти звичайне функціонування та максимальні показники дитини.

Для кожного рівня створена окрема характеристика для кількох вікових груп. Згідно класифікації, існує п'ять рівнів рухових можливостей. До першого рівня належать діти з незначними нейро-моторними порушеннями - це легка форма церебрального паралічу. На відміну від дітей першого рівня, дітям другого рівня складніше пересуватись під час ходьби, не можуть бігати та підстрибувати. Третій рівень - пересування за допомогою допоміжних засобів, четвертий рівень - для самостійного пересування використовуються коляски (діти можуть проходити коротку відстань з ходунками, під наглядом дорослих, але при нерівній поверхні в них виникають труднощі при повороті і збереженні рівноваги), а при п'ятому рівні діти мають значні обмеження контролю рухів голови та тулуба, потребують використання різних допоміжних технологій і фізичної допомоги.

Шкала для оцінки великих моторних функцій (GMFM-88) є стандартизованим інструментом спостережень, розроблених з метою вимірювання змін великих моторних функцій у дітей з руховими

порушеннями. Вона створена для оцінки ступеня виконання відповідної дії дитиною. Тривалість проведення оцінки по шкалі GMFM-88 займає приблизно 45-60 хвилин, тому можна проводити в декілька етапів (протягом 3-5 днів) Обладнання, яке повинно бути в кімнаті: килимки, іграшки для стимулювання, секундомір, лавки тощо. При проведенні оцінки рекомендується проводити тестування актів та категорій в заданому порядку з метою запобігання випадкового пропуску. Коли дитина не хоче та відмовляється виконати акт, але експерт вважає, що вона в змозі, потрібно відкласти цю дію та повернутися до цього акту в кінці проведення оцінки. Спонтанне виконання будь-якого акту є прийнятним і включається в якості однієї з трьох пробних вправ. Бал віддається за найкраще виконання з урахуванням максимальної кількості з трьох спроб [15]. До кожного акту є свій розрахунок балів.

Таким чином, за допомогою оцінювання дітей з порушеннями рухових функцій за Класифікацією великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) та Шкалою великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure) можна чітко оцінити рівень функціональних можливостей дитини, дослідити рухові можливості дитини в динаміці, визначити цільовий напрямок реабілітаційного втручання фізичного терапевта, ерготерапевта та в цілому роботи мультидисциплінарної команди.

Список літератури

1. Бойчук Т., Голубева М., Левандовский О. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації. - Львів: ЗУКЦ, 2010; 239.
2. Чернышева И.Н., Шевченко С.Д. Клинические и биомеханические особенности формирования вертикальной позы и передвижения при церебральном параличе. Ортопедия, травматология и протезирование. 2012; 2 (587): 131-137.
3. <https://studylib.ru/doc/726865/gmfm-66-i-gmfm-88>

ЕРГОТЕРАПІЯ ПРИ ІНСУЛЬТІ В РАННЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ

Ірина МАКОГОНЧУК

студентка 3 курсу

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

Наталія КОЗІК

старший викладач

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

Інсульт – гостре порушення мозкового кровообігу, що спричинює ушкодження тканин мозку та розлади його функцій. Наслідками інсульту можуть бути параліч або слабкість, зазвичай однієї половини тіла; проблеми з ковтанням (дисфагія), порушення рівноваги, різних видів чутливості, емоційні та когнітивні розлади. За словами С. В. Потокій (2014) лише 20 % хворих після ішемічного інсульту зберігають працездатність. Основне бажання людей, які перенесли інсульт, повернутися до звичного життя, тому процес відновлення потрібно спрямовувати саме на це.

Відновленням втрачених внаслідок захворювання рухових координаційних та когнітивних функцій, займається метод реабілітації, який називають ерготерапією. Фахівці цього напрямку – ерготерапевти,

допомагають пацієнтам заново набути навички самообслуговування (виконання гігієнічних процедур, одягання, вживання їжі, тощо), спілкування та взаємодії з іншими людьми; займаються адаптуванням житла до нових умов життєдіяльності хворих; відновленням мислення, пам'яті, мобільності (самостійної ходи чи пристосування до користування візком).

Американський невролог Каміло Гомез сказав: “Час – це мозок!”(1993). Чим швидше починають відновлення, тим успішніший результат.

Довгостроковою ціллю реабілітації людини, яка перенесла інсульт, вважають поліпшення її функціонування до максимальної незалежності.

Для побудови ефективної програми реабілітації необхідно проводити об'єктивне оцінювання стану пацієнта. Для цього використовується ряд діагностичних методів, зокрема такі, як Шкала інсульту Національного Інституту Здоров'я (NIHSS), Короткий тест для оцінки когнітивних функцій (MMSE), Модифікована шкала Ренкіна, Індекс Бартел.[1. С. 37]

У реабілітаційному комплексі при інсульті призначають вправи для зниження тонуусу м'язів, збільшення сили та витривалості, покращення рівноваги, координації рухів та для покращення навичок самообслуговування; добирають допоміжні засоби пересування; проводять інструктаж родичів чи осіб, які доглядають за хворим. [2. С.5].

Для розвитку дрібної моторики використовують вправи для кисті та пальців: складання дрібних предметів у коробку або пазлів, зав'язування шнурівок, заціпання гудзиків, замикання замка, набирання номеру телефону чи тексту на клавіатурі, закручування гайки, накидання гачка, писання. Для відновлення функцій мимічних, жувальних та артикуляційних м'язів доцільно виконувати вправи перед дзеркалом. [3, С. 84]

Використання спеціальних ерготерапевтичних тренажерів дозволяє пацієнтам, які перенесли інсульт імітувати такі дії, як натискання на кнопку дверного дзвінка; закривання і відкривання дверної ручки; накидання на скоби і закривання навісного замка; вміння вставляти в розетку вилку і витягувати її, робити гвинтові обертання; вставляти фігури у парні отвори.

Порушення когнітивних функцій відновлюють, тренуючи пам'ять: вивчають фрази, вірші, скоромовки, читають та переказують прочитане вголос, згадують пісні та минулі події.

Фізичні вправи комбінованого впливу дозволяють вирішувати декілька проблем одночасно, наприклад моторні, ерготерапевтичні, та когнітивні. Для проведення таких занять можна застосовувати різноманітний інвентар: набори побутових пристосувань, допоміжні засоби пересування, дзеркала, набивні м'ячі, тренажери для розробки дрібної та великої моторики [4. С.26]

Використовуючи модель кухонної зони можна розвивати виконання побутових дій: нарізку овочів, миття продуктів, і т. ін., що зменшує ступінь залежності пацієнта від сторонньої допомоги.

Арт-терапевтична робота розвиває особистісні якості пацієнта і його ресурси, сприяє психоемоційному розвантаженню й підвищенню функціонального стану пацієнта.

Використання різноманітних ерготерапевтичних занять, які будуються за принципом «від простішого до складнішого» з періодичною діагностикою рівня повсякденної активності, своєчасною корекцією рівня складності завдань та інтенсивності навантажень дозволяє

досягнути швидшого відновлення функцій після інсульту і покращити якість життя пацієнтів. Ефективність реабілітації залежить і від мотивації пацієнта та його позитивного психологічного настрою.

Список літератури

1. Медичні знання, тлумачення й застосування клінічних шкал оцінки стану постійно змінюються та іноді є специфічними. «EVER Нейро Фарма ГмбХ» (EVER Neuro Pharma GmbH) 1 видання, 2016. 132 с.
2. Віничук С. М. Пошук нових підходів до лікування гострого ішемічного інсульту / С. М. Віничук, М. М. Прокопів, Т. М. Черенько // Український неврологічний журнал. – 2014. – №1. – С. 3-10.
3. Карпенко Ю. М. Глушко К. Фізична реабілітація хворих після перенесеного мозкового ішемічного інсульту на ранньому відновлювальному етапі. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії. 2018 рік: Матеріали Всеукр. Наук. конф.. 3 грудня 2018р м. Суми С.82-85*
4. Андріюк Л. В. Додаткові можливості корекції розладів неврологічних функцій у пацієнтів з наслідками геморагічного інсульту / Л. В. Андріюк, І. В. Магулка // Медична гідрологія та реабілітація. – ПрАТ «Трускавецькурорт». – Т.13. – №1-3. – 2015. – С.24-35

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ГЛИБОКИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Ірина ШЕВЧЕНКО

здобувач освіти 4 курсу рівня бакалавр спеціальної освіти 016
Харківський національний педагогічний університет імені Григорія
Сковороди

Юлія ШЕВЧЕНКО

здобувач освіти 1 курсу рівня магістр спеціальної освіти 227

Ерготерапія одна з найважливіших складових у реабілітації дітей з глибокими ураженнями зору. Це галузь клінічної медицини, що спеціалізується на оцінці, розвитку та відновленні активності людей, які через хворобу чи травму мають обмеження у пересуванні, координації руху, повсякденному виконанні домашніх справ, комунікації й адаптації у соціум. Основними завданнями ерготерапевта у роботі з дітьми, що мають глибокі ураження зору є: сформувати позитивне сприйняття, нормалізувати психологічний стан дитини; спонукати дитину до усвідомлених активних дій; сформувати навички самообслуговування, максимально розвиваючи або відновлюючи загальну й дрібну моторику; навчити орієнтуватися у малому та великому просторі; покращити або відновити взаємини з батьками й близькими; за потреби, підвищити інтелект, зміцнити волю; інтегрувати у соціум [1, 3]. Тому **пацієнтоцентричність** вважається головним принципом в ерготерапії дітей з глибокими порушеннями зору.

Перш ніж розпочинати роботу з незрячою дитиною, ерготерапевт повинен «взяти інтерв'ю» у батьків та самої дитини, якщо вона вже у свідомому віці. На основі отриманої інформації, ерготерапевт з офтальмологом і спеціальним психологом розробляє та узгоджує індивідуальну реабілітаційну програму, в основу якої закладаються найактуальніші проблеми. Для їх розв'язання та для покращення стану дитини з глибокими порушеннями зору, створюється й реалізується реабілітація на основі **SMART-цілей**.

SMART-цілі мають бути: **Specific** – конкретними, **Measurable** – вимірними, **Achievable** – досяжними, **Realistic** – реалістичними та **Timebound** – мати певний короткотривалий проміжок у часі [4].

Методи й прийоми для проведення індивідуальних занять з незрячою дитиною, яка може мати відсутнє зорове сприймання чи залишковий зір від 0 до 0,04, чи здатність до світловідчуття, потрібно підбирати індивідуально, ураховуючи можливості дитини, її сукупні захворювання та можливі ускладнення [2].

На цих заняттях ерготерапевти використовують у роботі не лише побутові прилади, а й електронні засоби комунікації, до яких відносять цифрові технології. Прикладом такого технічного забезпечення є:

1. Програма «Be My Eyes» – розрахована на звернення за допомогою до волонтера, соціального працівника та інших осіб [1].
2. Додаток «MST Money Reader» – створений для розпізнавання номіналів купюр різних країн світ [6].
3. Додатки «VoiceOver» та «TalkBack» – забезпечують озвучування екрану мобільного телефону та усіх тактильних маніпуляцій користувача [7].
4. Додатки супутникової навігації «Lazarillo GPS for Blind», «Osmand», «DotWalker» – допомагають обирати, прокладати, корегувати необхідний маршрут та орієнтуватися на місцевості [7].
5. Додаток розпізнавання візуальних об'єктів «Envision» – дозволяє розрізнити, описати та зрозуміти, що зображено на фотографії [7].

Отже, підсумовуючи вище викладене, ерготерапія – це можна вважати ефективним засобом реабілітації дітей з порушеннями зору. Вона дозволяє використовувати різні технології, що сприяють оптимізації рухової активності, спонукають до уміння застосовувати компенсаторні можливості, покращують фізичну активність та функціональну можливість організму. Це забезпечить підвищення дієвих функцій реабілітаційних заходів й скоротить тривалість відновлювального процесу дитини з глибокими порушеннями зору.

Список літератури

1. Копитіна Я. М. Особливості застосування електронних засобів комунікації у системі ерготерапії слабоворих та незрячих осіб. *Науково-практичний журнал Том 2. Україна. Здоров'я нації.* 2020. № 3 м. Суми 112-118 с.
2. Костенко Т. М., Гудим І. М. Навчання дітей з порушеннями зору : навч. посіб, Харків, 2019. 184 с.
3. Скрипник Т. В. Розроблення SMART-цілей для дитини з особливими освітніми потребами в процесі інклюзивного навчання. Всеукраїнська (заочна) науково-практична конференція (Львів, 11 лют. 2017) Харків. 2017 С. 10-13.
4. Annovo. *Ерготерапія: я можу бути самостійним.* 2019. URL: <https://innovo.ua/ergoterapija/>
5. Internet Be My Eyes URL: <https://www.bemyeyes.com/language/russian>.
6. Internet *MCT Money Reader* URL: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.mctdata.ParaTanima&hl=en>.
7. Internet *Спеціальні можливості для Android.* URL: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.google.android.marvin.talkback&hl=ru>.

РОЗДІЛ 3.
МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я
РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ З КОНТРАКТУРОЮ
ДЮПОЇТРЕНА

Юлія ГЛУШАНИЦЯ

студентка II курсу освітній рівень магістр

Світлана ГАВРЕЛЮК

к. мед. н., доцент

кафедри фізичної терапії та ерготерапії,

Національного університету фізичного

виховання і спорту України

Контрактура Дюпоїтрена становить 11,8% усіх патологій кисті і у більшості випадків трапляється у чоловіків середнього віку. 13% негативних результатів після оперативного лікування й у 3% випадків отримання груп інвалідності хворих визначають контрактуру Дюпоїтрена як актуальну медико-соціальну проблему сучасної медицини.[6, с9-12] Частота ураження правої і лівої кисті приблизно однакова, відповідно 27-28,9% і 22,6-25.3%, але у 45,8-80% хворих до процесу залучаються обидві кисті, одна з яких страждає більшою мірою. Четвертий і п'ятий пальці уражаються найбільш часто, і патологічний процес тут характеризується досить швидким прогресуванням. Далі по частоті враження є третій, і вказівний пальці [1,с18 ;4,с72].

Вважається, що початкова стадія контрактури Дюпюїтрена переважно добре піддається консервативному лікуванню. Рекомендують протягом багатьох місяців утримуватися від фізичного навантаження, щодня застосовувати для кисті теплі ванночки, масаж долоні, розтягування, лікувальну гімнастику, спеціальні ортези.

Після оперативного лікування рекомендують: ранній початок, індивідуальний підхід, безперервність, послідовність, комплексність [2,с.116-128]. Під час раннього післяопераційного періоду (1-7 день) головним завданням визначають: ліквідацію больового синдрому, зняття набряку, поліпшення мікроциркуляції, профілактику тугорухливості в суглобах оперованої кінцівки та утворення грубих рубців. Кисть іммобілізують в долонній гіпсовій лонгеті або ортезом з фіксацією пальців в розігнуті положенні [3,с.84]. При виражених больових відчуттях рекомендована пасивні та активно-пасивні рухи, 2-3 рази на день, знімаючи лонгету. Механотерапію призначають після пасивної розробки кисті. Ефективність терапії за допомогою тренажера мінімізує будь-які зміщення і забезпечує мінімальне навантаження на суглоб, забезпечуючи синхронну розробку хворих суглобів. [4,с.45]. У пізній післяопераційний період (7-21 день) основними завданнями визначають: поліпшення мікроциркуляції, профілактику тугорухливості в суглобах оперованої кінцівки та утворення грубих рубців, збільшення сили м'язів кисті. В цьому періоді рекомендують проводити кінезіотерапію, збільшується час заняття з фізичним терапевтом. До лікувальних вправ додається постізометрична релаксація (ПІР). Сутність методики ПІР

полягає в поєднанні короткочасної ізометричної роботи мінімальної інтенсивності і пасивного розтягнення м'яза. [5, с 146].

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури, узагальнення досвіду провідних фахівців стосовно процесу відновлення функцій кисті після оперативного втручання при контрактурі Дюпюїтрна дозволяє дійти висновків, що на сьогодні накопичено певний теоретичний та експериментальний матеріал із питань, пов'язаних з реабілітацією, розвитком та формуванням рухових навиків кисті. Проблемі фізичної терапії при контрактурі Дюпюїтрна не приділено достатньої уваги. Саме тому, вивчення всіх аспектів проблеми фізичної терапії даної патології дуже важливе, і є одним із актуальних завдань нашого суспільства.

Список літератури

1. Губочкин Н.Г. Основы микрососудистой техники и реконструктивно-восстановительной хирургии / Н.Г. Губочкин, В.М. Шаповалов, А.В. Жигало // СПб. - СпецЛит, 2009. - 119 с.: ил.
2. Ваганов И. А. Об оперативном лечении болезни Дюпюитрена по методу «открытая ладонь пальцы» / И.А. Ваганов // Мор.мед.журн. -2001.-№2.- С. 9-10
3. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): учебник для студентов вузов / В.И. Дубровский. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
4. Wood K.S., Daluiski A. Management of Joint Contractures in the Spastic Upper Extremity. Hand Clin. 2018 Nov.
5. Roush T.F. Results following surgery for recurrent Dupuytren's disease / T. F. Roush, P. J. Stern // J. Hand Surg. Am. — 2000.
6. Запорізький медичний журнал. – 2014. – No1 (82). – С. 9–12

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ПОДАГРИ

Олександр ГОЛЯНИЧ

Магістрант 5 курсу кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Тетяна ТЕМЕРІВСЬКА

к.пед. наук, доцент

доцент кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

Подагра - це хронічне захворювання, яке характеризується появою кристалів сечової кислоти в мішечках або тканинах суглобів, у разі підвищеної концентрації в крові через спадкові порушення метаболізму пуринів, а також може бути наслідком недостатнього виведення нирками. На ранніх стадіях напади трапляються рідко - в середньому раз на 1-2 роки. Напад подагри може початися з вживання великої кількості продуктів, багатих на пурини, прийому алкоголю, зневоднення, голодування та хірургічного втручання. Напад починається з появи сильного болю в суглобі. Уражений суглоб швидко набрякає, шкіра на ньому тепла, світиться, напружується, червоніє.

Пурини - це природні речовини, що містяться в багатьох продуктах харчування. Метаболізуючись, вони розчиняються в сечовій кислоті. Таким чином, зменшення споживання продуктів, багатих на пурини, є основою дієти при подагрі. Якщо хворий регулярно вживає їжу з високим вмістом пуринів, обмеження може запобігти нападам хвороби. Найпопулярніші джерела пуринів - червоне м'ясо (яловичина, свинина, баранина), птиця та риба. Рекомендовано з'їдати не більше 1 порції м'яса або риби на день, або їх можна замінити нежирними молочними продуктами, а також яйцями, горіхами та квасолею. Це відмінні джерела білка, які організму потрібні в міру. Британські лікарі рекомендують робити 2 дні на тиждень без м'яса та риби. [1]

Однак наукові дані останніх років показують, що вживання овочів з високим вмістом пуринів не збільшує ризик подагри та не викликає хворобу. Треба вживати усі без винятку овочі. Спаржа, шпинат, горох, цвітна капуста та гриби, які містять велику кількість пуринів, повністю відновлюються. Також рекомендується обмежувати продукти з високим вмістом "простих" цукрів, включаючи фруктозу. [2]

Слід зазначити, що правильний раціон повинен містити порівняно невелику кількість пуринів і жирів, помірну кількість білка, більше вуглеводів. Більш важливі зміни в дієті вносяться при поєднанні подагри з іншими захворюваннями. При відсутності терапевтичного ефекту від вживання дієти для зниження рівня сечі в плазмі застосовуються препарати. [2]

У період загострення подагри вводяться жорсткіші дієтичні обмеження. Крім того, хворому призначається відпочинок і прийом ліків, основною метою яких є подавлення запального процесу. На весь період погіршення стану призначається дієта, яка складається в основному з рідкої їжі: молока, молочнокислих напоїв, киселів, компотів, овочевих та

фруктових соків (особливо цитрусових), овочевих супів та рідких круп та вибір м'ясної порції 120 г. на добу.

Офіційні рекомендації рекомендують їсти щонайменше 3-4 порцій фруктів та овочів щодня. Особливу увагу звернути на бобові, які є чудовою альтернативою м'ясним продуктам. У них багато білка, а також вітамінів і мінералів. Доведено, овочі для подагри не небезпечні - навіть якщо вони містять велику кількість пуринів. Крім того, овочі та фрукти містять вітамін С. Хоча ці дані все ще перевіряються, додаткове вживання вітаміну С у дозі 500-1500 мг на день може знизити рівень сечової кислоти в крові. Плоди містять багато фруктози, але не є джерелом концентрованої фруктози, а також містять багато клітковини, вітамінів, мінералів, антиоксидантів та води. Вишні заслуговують на особливу увагу. Відомо, що їх застосування ефективно для зниження концентрації сечової кислоти. Всі ці поживні речовини необхідні для підтримки здоров'я. [3]

При подагрі не можна зловживати алкоголем. Надмірне вживання алкоголю давно пов'язане з розвитком цього захворювання. Непрямою причиною може бути споживання напоїв з високим вмістом пуринів, особливо пива. Алкоголь також може сприяти збільшенню ваги завдяки високій калорійності алкоголю. 1 грам цієї речовини містить 7 ккал.

Типовими помилками в харчуванні при подагрі є:

- Зловживання їжею, багатою на пурини.
- Часте і надмірне вживання алкогольних напоїв.
- Недостатня кількість рідини в раціоні.
- Нестача в раціоні фруктів і овочів.
- Надмірна кількість білка, особливо тваринного походження.

- Збільшене споживання кухонної солі.
- Надмірна енергетична цінність дієти.

Одним з найбільш ефективних засобів реабілітації при подагрі є санаторно-курортне лікування. Рекомендований мінімальний обсяг санаторно-курортного лікування становить 21 день.

1) Фізіотерапевтичний комплекс подагри повинен складатися з масажу, механічної терапії та фізичних вправ. Необхідно перевірити, чи є у пацієнта протипоказання до цих методів лікування. Найпоширеніші процедури - електрофорез, грязьові ванни, термічна обробка, лазнева терапія тощо.

2) Функції масажу полягають у сприянні виведенню сечової кислоти з організму, поліпшенню циркуляції лімфи та крові до ураженої кінцівки. Масаж відбувається між нападами. Рекомендована мінімальна кількість масажної терапії - 15 сеансів.

3) Механотерапія спрямована на поліпшення рухливості ураженого суглоба та збільшення м'язової сили суглоба і тіла в цілому. Для досягнення максимальних результатів слід поєднувати вправи на пасивних та активних пристроях, а також тренування на кардіотренажерах.

4) Фізичні вправи є найбільш неагресивним методом фізичної терапії подагри, тому їх слід додати до реабілітаційної програми. Завдання ТВ полягає у збільшенні рухливості ураженого суглоба, особливо на ранніх стадіях, коли біль дуже сильний і необхідно якомога обережніше працювати з ураженою ділянкою.

5) Дієта хворого на подагру повинна містити мінімальну кількість пуринів і жирів, середню кількість білка, і все це може бути компенсовано великим споживанням продуктів, багатих вуглеводами. Найважливіші нюанси лікування - зменшити споживання м'яса, алкоголю, віддати перевагу крупам, рибі, овочам та фруктам тощо, споживання 2-2,5 літрів

чистої води на добу. Харчова терапія виконує дві важливі функції: обмеження вживання пуриновмісних продуктів та зменшення ваги пацієнта.

Список літератури

1. Гуревич Д.А. Лечебная реабилитация./ Журнал «Физ. Реабилитация при подагре» №5, 2017, С. 27-28.
2. Г.В. Дзяк, Коваленко В.Н., Хомазюк Т.А. Подагра: взгляд в будущее. — К.: МОРИОН, 2020. — 192 с.
3. Тарасенко О.М. Гіперурикемія та подагра: сучасний стан проблеми// Український ревматологічний журнал. — 2016. — Т.3, No 65. — С. 30-37.

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З НЕДОСКОНАЛИМ ОНТОГЕНЕЗОМ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Евніка БЛЯШКО

студентка II курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Недосконалий остеогенез (НО) (osteogenesis imperfecta) – інколи називають хворобою крихких кісток. Це генетичне захворювання сполучної тканини, що робить тіло людини дуже вразливим і є постійний,

вищий ніж у звичайних людей, ризик переломів. Клінічний ряд цієї хвороби є дуже широким, починаючи від частих випадків у перинатальному періоді розвитку плода, що призводить до летальних результатів, до симптомів, які важко виявити у старшому віці, тому, що воно може бути дуже схожим на ранній остеопороз. Люди які звертаються до лікаря з недосконалим остеогенезом інколи мають сповільнений ріст, вормієві кістки (*ossa Wormiana*), сколіоз та екстраскелетні прояви, такі як недосконалий дентиногенез (*dentinogenesis imperfecta*), втрату слуху, макроцефалію, голубі склери, бочкоподібну деформацію грудної клітки, гіпермобільність суглобів [4, с. 368].

Майже всі люди середнього і старшого віку належать до групи ризику розвитку цього захворювання, оскільки процеси, які призводять до дистрофії тканин хряща, є досить природними. До групи ризику належать люди з плоскостопістю, гіподинамією, зайвою вагою, спадковістю або ж травмами хребта. Раніше вчені відносили до групи ризику даного захворювання людей старшого віку, але дедалі частіше зі скаргами спинного болю звертаються пацієнти молодого віку. Вірогідні причини розповсюдження остеохондрозу посеред молоді – не лише неактивний спосіб життя, але й неодноразові переживання та порушення постави тіла [6, с. 224].

Відповідно до запропонованої Сіленсом класифікації [5, с. 103], яка базується на клінічних та рентгенологічних критеріях, виділяють 4 типи даної хвороби. Всі вони мають аутосомно домінантний тип успадкування. Хоча пізніше, не дивлячись на те, що лабораторні дослідження поліпшилися, запропонована класифікація по сьогоднішній час часто використовується медичними фахівцями.

Перший тип НО є найлегшою формою захворювання. Переломи виникають постнатально, їх частота зменшується або інколи зупиняється після статевого дозрівання. Ризики переломів збільшуються після того, як

настає менопауза у жінок та після 60 років в чоловіків. Пацієнти з I типом мають такі особливості: голубі склери, підвищена схильність до крововиливів, часто присутнє зниження роботи слухового апарату, невелика затримка росту та легкі деформації довгих трубчастих кісток [3, с. 545].

Другий тип пов'язаний з дуже високою смертністю в пренатальному періоді, з рідкісними випадками виживання дитини до року або ж більше. Немовлята з даною патологією зазвичай народжуються недоношеними та не відповідають своєму гестаційному віку. Пацієнти з другим типом мають такі особливості: *ossa membri inferiores* є в положенні жабки (зігнутими кінцівками в колінних суглобах та відведеними стегнами), довгі трубчасті кістки мають виражений остеопороз, присутні ознаки внутрішньоутробно перелому кісток та аномального моделювання. Присутня добре виражена сповільнена мінералізація черепа та широке тім'я. Склери є сіро-голубими. Кістки складаються в основному із кісткової тканини без гаверсових каналів або з безладним розташуванням пластинок [3, с. 546].

Третій тип відомий як прогресивний варіант. Багато пацієнтів в дитинстві мають важку форму дисплазії кісток. Пацієнти з третім типом мають такі особливості (схоже на легку форму 2 типу): крихкі кістки (до 100 переломів за життя), трубчасті кістки легко деформуються від нормального напруження м'язів та через перенесені багаторазові переломи, затримка в рості, сколіоз, широкі метафізи, нашарування за типом «попкорну» в зонах росту на додаток до остеопорозу. Хворі

потребують інтенсивного заняття з фізичним терапевтом та ортопедичної допомоги. Часто пацієнти є прикутими до колісного крісла [3, с. 547].

Четвертий тип є дуже важкою формою. Зазвичай діагноз встановлюють при народженні або у шкільному віці. Пацієнти з четвертим типом мають такі особливості: різний колір склер, остеопороз, вертебральні компресійні переломи, сколіоз, часті переломи (3-4 на рік), що може зменшуватися, або їх може навіть не бути після пубертатного періоду. Зазвичай усі пацієнти з четвертим типом мають низький остаточний зріст, що часто знаходиться в діапазоні зросту дітей пубертатного віку. Можлива реакція пацієнтів на терапію – гормон росту (ріст пацієнта). При безперервній фізичній терапії та ортопедичній корекції пацієнти можуть самі пересуватися [3, с. 547].

Ранні та постійні реабілітаційні заходи є основою для максимальної фізичної активності хворих із НО [1]. Фізіотерапія повинна починатися в ранньому дитинстві у випадку найтяжчих типів, її використовують для м'якого зміцнення м'язів та поліпшення моторики, мінімізуючи ризик переломів. Це часто передбачає гідротерапія (фізичні вправи, виконувані в теплій воді), легкі вправи на опір та використання опорних подушок для поліпшення постави. Призначають аеробні заняття, вправи, що сприяють зміцненню м'язів, використовують протектори при пересуванні. Вправи для збільшення м'язової сили, зокрема ізотонічні та антигравітаційні, аеробні заняття, виконують між ортопедичними втручаннями. Людям рекомендується регулярно міняти положення протягом дня, щоб збалансувати використовувані м'язи та кістки під тиском [1, с. 266; 2, с. 257]. Також слід заохочувати пацієнтів плавати в басейні. Метою ортопедичних втручань є корекція деформацій, що виникають при ходьбі, і запобігання повторним переломам. Масаж ґрунтується на прийомах погладження і розтирання. Перед операцією хворим призначається лікувальна гімнастика і масаж для зміцнення

м'язів, в післяопераційному періоді показані ізометричні вправи. Основною метою лікування недосконалого остеогенезу є досягнення здатності пацієнта стояти в ортопедичних апаратах і відпрацювання навичок пересування в них [1, с. 267; 4].

Отже, це захворювання здатне зробити людину максимально залежною від оточуючих. Через сильну ламкість кісток будь-який необережний рух закінчується накладанням гіпсу чи шини, що може бути вкрай небезпечно для пацієнтів. За допомогою фізичної терапії можна досягнути немалих результатів: покращити діапазон рухів, підвищити силу м'язів, збільшити витривалість і т.д.. Тому люди з даною хворобою можуть досягнути високих результатів, докладаючи силу волі, терпіння та дисциплінованість.

Список літератури

1. Binder H., Conway A., Hason S., Gerber L.H., Marini J., Berry R., Weintrob J. Comprehensive rehabilitation of the child with osteogenesis imperfect. *Am. J. Med. Genet.* 1993. 45(2). 265-9.
2. Gerber L.H., Binder H., Weintrob J., Grange D.K., Shapiro J., Fromherz W., Berry R., Conway A., Nason S., Marini J. Rehabilitation of children and infants with osteogenesis imperfecta. A program for ambulation. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 1990. 251. 254-62.
3. Forlino A., Cabral W.A., Barnes A.M., Marini J.C. New perspectives on osteogenesis imperfect. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2011. 7(9). 540-57.

4.Monti E., Mottes M., Fraschini P., Brunelli P., Forlino A., Venturi G., Doro F., Perlini S., Cavarzere P., Antoniazzi F. Current and emerging treatments for the management of osteogenesis imperfecta . *Ther. Clin. Risk Manag.* 2010. 6: 367-81.

5.Sillence D.O., Senn A., Danks D.M. Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfect. *J. Med. Genet.* 1979. 16(2). 101-16.

6.Willing M.C., Pruchno C.J., Byers P.H. Molecular heterogeneity in osteogenesis imperfecta type I. *Am. J. Med. Genet.* 1993. 45(2). 223-7.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Володимир ГУЛАК

студент I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Дрогобицький державний педагогічний університет

імені Івана Франка

Термін "недоношена дитина" був прийнятий у 1929 р. і визнаний у всьому світі. Недоношеною вважається дитина, що народилася живою або з явними ознаками життя на строку вагітності до 38 тижнів і вагою тіла менше 2500 та довжиною тіла 45 см [4, с. 113].

В перші тижні життя у недоношених дітей відзначаються загальна млявість, знижений тонус мускулатури, малорухливість, слабкість безумовних рефлексів або повна їх відсутність. У деяких малюків 2-3-місячного віку процес збудження починає переважати над процесом

гальмування, що виражається в порушенні сну. Крім того, у зв'язку з низькою опірністю організму недоношені діти схильні до різних респіраторних інфекцій, після яких, як правило, розвиваються ускладнення [4, с. 121].

Для недоношених дітей з урахуванням особливостей їх фізіології розробляється методика масажу та лікувальної фізичної культури. Вправи лікувальної фізичної культури спрямовані на зміцнення ослаблених та розтягнення м'язів, розвиток рухових навичок, покращення просторових уявлень, схеми тіла, функціонування рук, опору ніг, вертикалізації тіла [6].

При формуванні програми фізичної терапії необхідно враховувати етапність та швидкість розвитку дитини. Однією з основних характеристик у діагностиці незрілості центральної нервової системи є порушення м'язового тону [6, с. 8].

Основною метою занять лікувальною фізичною культурою недоношених дітей є: розвиток випрямляючих рефлексів, життєвонеобхідних навичок та рухових функцій у відповідності з етапами розвитку рухових можливостей здорової дитини першого року життя; вертикалізація тіла дитини [3, с. 125].

Лікувальна фізична культура включає в себе загальнорозвивальні вправи: рефлексорні, пасивні, активні з допомогою, активні, корекційні вправи, лікування положенням. При проведенні реабілітаційних заходів для недорозвиненої дитини слід враховувати їх фізіологічні особливості: недосконалість дихальної функції, низькі адаптаційні можливості в змінних умовах зовнішнього середовища (недосконалість обмінних

процесів, терморегуляції), недорозвиненість нервовом'язового апарату [3, с. 129].

Вимоги до проведення заняття з ЛФК [3, с. 130]:

1. Починати заняття треба за 30 хв до годування або через 45-60 хв після нього.

2. Не можна проводити масаж і гімнастику перед сном.

3. Гімнастикою потрібно займатися щодня, в один і той же зручний для сім'ї час.

4. Весь комплекс фізичних вправ необхідно повторювати 2-3 рази на день, в деяких випадках – 4-6 разів.

5. Тривалість кожного заняття не повинна перевищувати 5 хвилин.

6. Кімната повинна бути добре провітреною, температура повітря – 20-24 градусів.

Заняття гімнастикою, спрямовану на розвиток рухових навиків, у дітей, що народилися з масою менше 1750 г, повинні починатися в 2,5 місяці, а у дітей з масою більше 1750 г – на 1-1,5 місяці раніше. На другому році життя недоношена дитина може виконувати такі ж фізичні вправи, як і її доношені ровесники. Кожній вправі повинен передувати масаж відповідної ділянки тіла. Так, перш ніж виконувати рухи руками або ногами, їх слід заздалегідь промасажувати [3, с. 132].

Класичний масаж. Виконується з використанням традиційних прийомів дитячого масажу: погладжування, розтирання, розминки, вібрації, поплескування. Тривалість виконання кожного прийому – 0,5-2 хвилини. В перші місяці життя шкіра у недорозвинених дітей тонка, суха. У зв'язку з цим сеанс масажу необхідно починати з щадячих прийомів (погладжування), поступово переходячи до більш інтенсивних (ніжна вібрація, легке розтирання, поплескування, розминка) [3, с. 136].

Також у комплексній програмі ранньої фізичної реабілітації використовують гідротерапію: основною метою є розвиток активних

рухових функцій; загартування організму дитини; підготовка опорно-рухового апарату до прямостояння та вертикалізації тіла; формування послідовного розвитку рухових функцій дитини; формування правильного рухового стереотипу [6].

Важливим акцентом реабілітації дітей з різним ступенем недоношеності є необхідність правильного позиціонування дитини. Оскільки передчасно народжені та діти із малою вагою тіла не володіють достатньою кількістю енергетичних ресурсів для самостійного підтримання такого положення, їм необхідні спеціальні укладки – «гнізда» [1].

1. При вазі малюка до 1500г краще викладати дитину на бік, з центруванням положення рук і ніг у зігнутому вигляді. Ручки розміщуються перед собою, ніжки підводяться до живота, коліна зведені разом, стопи впираються в бортик, який виконує роль обмежувача. Ця позиція заспокоює дитину, сприяє формуванню просторового зв'язку «рука-рот» та правильній постановці стоп [3, с. 141].

2. Для старших діток з більшою вагою, при положенні тіла на спині. Проте й тут варто центрувати положення ручок та ніжок за допомогою бортів гнізда та створювати упор для стоп. Гніздо можна використовувати у відділеннях інтенсивної терапії, на етапі виходжування або в домашніх умовах для закріплення стану [3, с. 141].

Отже, недоношені новонароджені діти першого року життя вимагають особливої уваги фахівців, регулярного спостереження за ними, урахування анатомофізіологічних особливостей дитини, систематичного застосування засобів фізичної терапії для коригуючого впливу на їх

організм. Важливим є необхідність застосування позиціонування та гідрокінезотерапії у комплексі із дихальною гімнастикою.

Список літератури

1. Агашков В. С. Рання діагностика та прогнозування бронхолегеневої дисплазії у недоношених новонароджених: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 / В. С. Агашков ; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Х., 2011. 23 с.

2. Горошко О. І. Особливості метаболічної адаптації у недоношених дітей з респіраторним дистрес-синдромом та корекція її порушень: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 / О. І. Горошко ; Одес. нац. мед. ун-т. О., 2011. 20 с.

3. Козак Д.В., Давибіда Н.О. Фізична реабілітація та основи здорового способу життя: навчальний посібник. 2015. 199с.

4. Педіатрія: підручник / В.М.Буряк, Р.Ф.Махмутов, Ю.В.Пошехонова, Н.І.Шабан. 2014. 514с.

5. Клінічний протокол медичного догляду за недоношеною дитиною з малою масою тіла при народженні: наказ МОЗ України №584 від 29.08.2006. Офіційний вісник України. 2008. 67

6. Солтанова Е.Ю. Застосування фізичних факторів у комплексній реабілітації дітей, які народилися недоношеними: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.33 / Е.Ю. Солтанова ; Укр. НДІ мед. реабілітації та курортології. О., 2002. 19 с.

ВПЛИВ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДОРСОПАТІЯМИ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка
Христина ДУБИК

магістрант I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

Дорсопатії є однією з провідних причин інвалідності, що значно позначаються на якості життя пацієнта та його працездатності, а також залишаються основними причинами звернення за медичною допомогою у будь-якому віці [2, 12].

Дані популяційних досліджень свідчать про те, що майже 50% вагітних жінок на різних термінах гестації страждають на больовий синдром у спині [3], який значно знижує якість життя пацієнток, погіршує емоційний стан (підвищена дратівливість та депресія), знижує сексуальну активність і впливає на порушення сну [1, с. 34]. Біль у нижній частині спини (БНС) у 25% вагітних жінок призводить до серйозних проблем зі здоров'ям: майже половина жінок втрачають працездатність вже в I-II триместрах, а у 8% – БНС призводить до інвалідності різного ступеня тяжкості [3, 13, с. 70]. У 25% жінок БНС продовжує турбувати і в післяпологовому періоді [7, с. 92]. За даними досліджень у Європі та Америці, цифра, яка припадає на видачу лікарняних листів за цією патологією, варіює від 3,9 до 89,9% [7, с. 91; 13, с. 70].

За кордоном тактика лікування больового синдрому в спині під час вагітності в більшості випадків – вичікувальна (watch and wait) [16, с. 15].

Золотим стандартом лікування дорсопатій є нестероїдні протизапальні засоби, які мають тератогенний і ембріотоксичний вплив на плід, що розвивається, і центральні міорелаксанти, які не були вивчені під час гестації [4, с. 37], отже прийом таких препаратів протипоказаний протягом усієї вагітності.

Болі в попереку, ділянки крижів та внизу живота у пацієток з дорсопатіями можуть розцінюватися як ризик загрози переривання вагітності [3], що спричинить необґрунтовані госпіталізації до стаціонару.

В даний час активно вивчається дана патологія у вагітних жінок, а у виборі методу лікування перевага надається медичній реабілітації, а саме – ізометричній кінезотерапії та лікувальній гімнастиці. Інші методи (масаж, гірудотерапія, акупунктура, фізіотерапія) [9, с. 1498] не мають доказової бази щодо ефективності їх застосування з метою зниження БС та покращення якості життя у вагітних жінок з дорсопатіями.

Легкі та помірні вправи (лікувальна гімнастика) під час вагітності безпечні для матері та плода [104] та впливають на плід, що сприяє його правильному розвитку [8, 15]. ЛФК запобігає надмірному збільшенню маси тіла матері та плоду, контролює гестаційний цукровий діабет та покращує роботу серцево-судинної системи [15, с. 390].

Фізичні вправи також можуть бути ефективними у вторинній профілактиці болю в попереку під час вагітності, знижуючи його інтенсивність та пов'язану з ним інвалідність та відпустку через хворобу [17]. Попередні національні та міжнародні стандарти застосування вправ під час вагітності підтвердили користь ЛФК у II-III триместрах для покращення загального самопочуття вагітної, а також для зниження ризику розвитку ускладнень БНС [5, с. 295]. У європейських діючих стандартах діагностики та лікування БНС та тазових болів (від 2008 р.)

були вперше прописані рекомендації щодо виконання фізичних вправ під час вагітності з метою покращення якості життя пацієнтів [6].

Критські вчені порівнювали ефективність застосування ЛФК, занять у басейні, йогою, групових занять у фітнес-центрах та допологових бандажів. Найбільшу ефективність в усуненні больового синдрому показали результати групи вагітних жінок, які відвідують ЛФК [14, с. 205]. Дане дослідження самі автори вважають незакінченим та планують подальше вивчення ефективності ЛФК, а також вважають за доцільне навчати вагітну жінку правильно стояти, ходити та нахилитися, не викликаючи додаткового навантаження на хребет та м'язову втому [121].

Приблизно 92% вагітним пацієнткам їх акушери-гінекологи рекомендують заняття фізичними вправами, але лише близько 40% слідує цим рекомендаціям, за даними Канадського коледжу сімейних лікарів [5, с. 295].

Gupta та ін. опублікували дані про те, що у групі (n=20) при виконанні ізометричної кінезотерапії + фізіотерапії БС значно було знижено в порівнянні з групою (n=20), що використовують тільки фізіотерапію [11, с. 269]. Результати проведених досліджень дали деякі статистично значущі результати: різні типи вправ, що виконуються самостійно або в комбінації, такі як йога, загальні або спеціальні ізометричні вправи, аеробіка у будь-якому місці від 1 разу на тиждень до 1 разу на добу, призвели до зниження гостроти болю в нижній частині спини, тазового болю [7, с. 91]. Таким чином, курс ЛФК призводить до значного зниження больового синдрому, спричиненого дорсопатіями у жінок під час вагітності.

Список літератури

1. Егорова И.А., Кузнецова Е.Л. Остеопатия в акушерстве и педиатрии. СПб.: «Изд. дом СПбМАПО», 2008. 186 с.
2. Сурская, Е.В. Современные аспекты лечения дорсопатии. *РМЖ*. 2009. № 20. С. 13–11.
3. Сулова Г.А. [и др.] Эффективность применения методов медицинской реабилитации во время беременности с целью купирования болевого синдрома в спине, вызванного дорсопатиями [Электронный ресурс]. *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 6. Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25950>.
4. Фармакотерапия отдельных состояний при беременности / Володин Н.Н. [и др.]. М.: «Миклош», 2012. 176 с.
5. A randomized controlled trial comparing a multimodal intervention and standard obstetrics care for low back and pelvic pain in pregnancy / J.W. George [et al.]. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2013. Vol. 208. P. 295.
6. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain / A. Vleeming [et al.]. *Eur. Spine J.* 2008. Vol. 17. P. 794-819.
7. Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis / Davenport M.H. [et al.]: *Br. J. Sports Med.* 2019. Vol. 53. P. 90-98.
8. Exercise in pregnancy: A clinical review / S.K. Hinman [et al.]. *Sports Health.* 2015. № 7. P. 527-531.
9. Giles, L.G. [et al.] A Randomized Clinical Trial Comparing Medication Acupuncture and Spinal Manipulation. *Spine.* 2003. Vol. 28, № 14. P. 1490-1503.
10. Guidelines for physical activity during pregnancy: comparisons from around the world / K.R. Evenson [et al.]. *Am. J. Lifestyle Med.* 2014. Vol. 8. P. 102-121.

11. Gupta, S.S. [et al.]. The efficacy of treatment program focusing on specific stabilizing exercises in antenatal period for treatment of pregnancy related to low back and pelvic girdle pain: a randomized controlled trial. *Physiotherapy Occup. Therapy*. 2014. Vol. 8. P. 267-271.

12. Hall H. [et al.] The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain (systematic review with meta-analysis) [Electronic resource]. *Medicine*. 2016. P. 1–10. –

Available at: www.researchgate.net/publication/308484207.

13. Kalus S.M., Kornman L.H., Quinlivan J.A. Managing back pain in pregnancy using a support garment: a randomised trial: BJOG: An Int. J. Obstet. Gynaecol. 2007. Vol. 115. P. 68-75.

14. Katonis, P. [et al.]. Pregnancy-related low back pain. *Hippokratia*. 2011. Vol. 15, № 3. P. 205.

15. Nascimento S.L. [et al.]. Physical exercise during pregnancy: A systematic review. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol*. 2012. Vol. 24. P. 387-394.

16. Peterson C.K. [et al.] Outcomes of pregnant patients with low back pain undergoing chiropractic treatment: a prospective cohort study with short term, medium term and 1 year follow-up. *Chiropractic Manual Ther*. 2014. Vol. 22, № 1. P. 15.

17. Physical activity and yoga-based approaches for pregnancy-related low back and pelvic pain / P.A. Kinser [et al.]. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 2017. Vol. 46. P. 334-346.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Коцюба Вікторія

студентка I курсу спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Хвороба Альцгеймера (ХА) – це захворювання, при якому гинуть клітини головного мозку, що призводить до тяжких розладів пам'яті, інтелекту, інших когнітивних функцій, а також до серйозних проблем в емоційно-особистісній сфері і поведінці [1, с. 21].

На сьогодні ХА визнана однією з найбільш поширених причин старечого слабоумства (до 40% всіх випадків) [1, с. 21]. Основними клінічними проявами захворювання у пацієнтів є розвиток когнітивних (порушення пам'яті щодо недавніх подій, труднощі в запам'ятовуванні нової інформації, порушення мовлення та інтелекту, афазія, апраксія або агнозія), функціональних та поведінкових симптомів. Некогнітивні прояви деменції включають широке коло психопатологічних порушень різного рівня важкості, до яких належать: депресія, тривога, галюцинації, маячні ідеї, делірій, збудження, агресивна поведінка. На сьогодні більша частина пацієнтів із ХА знаходиться під опікою рідних та близьких у домашніх умовах через відсутність в достатній кількості відповідних установ та нерозвиненість у нашій країні профільних служб, що забезпечують амбулаторний догляд [1, с. 22].

Виходячи з вищезазначеного, лікування ХА повинно бути спрямоване на поліпшення загального стану здоров'я пацієнта, в першу

чергу, на відновлення його фізичних і когнітивних функцій, а також підвищення можливості участі у діяльності, обмеженій через розлади, що виникли внаслідок ураження головного мозку [5, с. 9].

Для оцінки стану пацієнта з деменцією використовують наступні тести та шкали: когнітивного стану – The MMSE; амплітуди рухів – гоніометрію; сили м'язів – ММТ та кистьову динамометрію; ступеню болю – DS-DAT; рівноваги – тест на утримування рівноваги на одній нозі The Berg Balance Test (визначення ризику виникнення падінь) та The Tinetti Assessment Tool (рівновага та хода під час виконання нормальної повсякденної активності) ат інші [5, с. 10].

Стаціонарне лікування осіб з ХА не є тривалим і застосовується лише при розвитку станів сплутаності, гострих психотичних розладів та виразних порушень поведінки [4]. Відразу після встановлення діагнозу потрібні фізичні вправи, працетерапія і дієта. Терапія хворих повинна проводитися постійно [1].

Психосоціальна і фізична терапія осіб з ХА повинна включати в себе патогенетично обумовлені варіанти фізіо-, кінезіо-, ерготерапії, нейрокогнітивну реабілітацію, індивідуальне психотерапевтичне втручання, відновлення навичок самообслуговування, а також, обов'язково психологічну та просвітницьку роботу з членами родин хворого [4, с. 62].

Реалізація програми комплексної фізичної терапії осіб з ХА можлива лише за умови тісної співпраці медичного персоналу, фізичного терапевта та сім'ї пацієнта. Складаючи програму фізичної терапії осіб поважного віку з ХА, фізичний терапевт обов'язково повинен

враховувати ступінь залежності хворого від допомоги інших людей [2, с. 62].

Одним з основних методів фізичної терапії при ХА є лікувальна фізична культура. Вона спрямована на підтримку загальної рухової активності, підвищення сили й еластичності м'язів, полегшення ініціації рухів, поліпшення рухливості суглобів, підтримку правильної постави, поліпшення ходьби і підтримку рівноваги, профілактику больових синдромів і контрактур, профілактику дихальних порушень. Через ризик падіння особи поважного віку з ХА мало рухаються, що в результаті призводить до ослаблення м'язів, зниження аеробної здатності, зниження толерантності до фізичного навантаження. Це може спричинити кіфоз грудного відділу хребта, нездатність самостійно вставати з ліжка, крісла, втрати навичок самообслуговування. Для навчання хворого безпечному пересуванню в межах власного дому, особливо в кухні, туалеті, коридорі, на сходах, важливим є тренування рівноваги, координації та м'язової сили. Для тренування рівноваги застосовуються вправи з перенесенням ваги тіла з однієї кінцівки на іншу, вправи зі зменшеною площею опори, обертальні та інші [5, с. 11]. Для поліпшення дрібної моторики рекомендовано застосовувати працетерапію, а саме: активні вправи пальцями, малювання, складання пазлів, вирізання фігур з паперу, перекладання дрібних предметів та вправи з еластичною резинкою [2, с. 63].

Оскільки деменція дуже часто супроводжується Perezбудженням, в програму фізичної терапії важливо включати вправи на розслаблення. При легкому та середньому ступенях деменції рекомендовано застосовувати лікувальну дозовану ходьбу по прямій та похилій поверхнях, по сходах, а також на тренажері, починаючи з 3 хв і поступово переходячи до 30 хвилин; при важкому ступені – ходьбу на короткі дистанції. Різні варіації ходьби, такі як схресним кроком, по «коридору»,

що звужується, хода вперед та назад, по прямій лінії застосовують для покращення координації та рівноваги [5, с. 12].

Список літератури:

1. Беспалова О.О., Бугаєнко Т.В., Авраменко Н.Б. Результати впровадження програми фізичної терапії на показники осіб похилого віку із хворобою альцгеймера. *Art of Medicine*. 2020. С. 21-27.

2. Бойко В.Ю., Бугаєнко Т.В. Особливості фізичної терапії осіб поважного віку з хворобою Альцгеймера. *Проблеми здоров'я людини та фізичної реабілітації : матеріали IV Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції* [Ред.: Ю.О. Лянной, В.І. Шейко, М.О. Лянной та ін.] : СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. С. 61–64.

3. Вольєва Н., Вовканич А. Фізична реабілітація осіб похилого віку з руховими порушеннями при хворобі Паркінсона. *Молода спортивна наука України*. 2013. Т. 3. С. 271-275.

4. Горбаль А., Горох Є., Насрідінов Р., Процюк А. Дані для паліативної допомоги : міжнародний досвід, українська практика, стандарти, індикатори, оцінки. Київ : Український центр суспільних даних, 2018. 60 с.

5. Дедюхіна О., Білянський О. Особливості деменції в осіб похилого віку та застосування фізичної реабілітації. *Спортивна наука України*. 2015. № 3(67). С. 9-14.

6. Пилягіна Г.Я. Діагностика, принципи лікування та комплексної реабілітації хворих з тяжкими органічними психічними розладами. *Реабілітація та паліативна медицина*. 2016. № 1 (3). С. 60-66.

ЗАСОБИ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Аліна ЛЕСНЯНСЬКА

магістрант I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – стан, що характеризується зниженням вмісту заліза у сироватці крові, кістковому мозку та депо у зв'язку з його втратою, порушенням всмоктування або збільшеною потребою. В результаті відбувається порушення утворення гемоглобіну, розвиток гіпохромної анемії та трофічних розладів у тканинах. Вітчизняні дослідники відзначають, що у структурі екстрагенітальної патології вагітних анемія займає перше місце (47%), на другому – хронічний пієлонефрит (32,3%), на третьому – нейроциркуляторна дистонія за гіпотонічним типом (30,47%) [5, 6]. Залізодефіцитні анемії становлять 85–95% випадків серед анемічних станів у вагітних [3].

При анемії у вагітних адаптивні реакції плода закінчуються розвитком дезадаптації, що веде до порушення функціонування організму

і систем. Це супроводжується збільшенням частоти синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода, постнатальної асфіксії, підвищеним ризиком розвитку родового травматизму, анемії, септичних захворювань і диспептичних порушень у новонароджених, порушуються процеси його адаптації. У вагітних з анемією збільшується частота прееклампсії, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Під час пологів виникає слабкість пологової діяльності, передчасне вилиття навколоплідних вод, гіпо- і атонічні кровотечі, збільшується частота акушерського травматизму та оперативних втручань. Після пологів часто спостерігаються запальні захворювання та гіпогалактія [3].

Загальноприйняті методи лікування вагітних з анемією є недостатньо ефективними, вимагають тривалого, не завжди безпечного для матері і плоду застосування медикаментозних препаратів. Все це вказує на необхідність пошуку нових ефективних методів оздоровлення і реабілітації вагітних з анемією, які не мали б негативного впливу на перебіг вагітності, стан і розвиток плода та новонародженого. Використання немедикаментозних методів активізації компенсаторно-приспосувальних механізмів організму вагітної і плода для профілактики ускладнень, лікування захворювань під час вагітності має велике значення, особливо у жінок з анеміями [4].

Комплексна програма фізичної терапії для вагітних з анемією на санаторно-курортному етапі складається з наступних засобів: ранкова гігієнічна гімнастика (15-20 хв. щоденно); лікувальна гімнастика (загальнозміцнююча, залежно від терміну вагітності та рівня фізичної

працездатності) з елементами фітболаеробіки; лікувальна дозована ходьба (1000-1500 м., щоденно); дихальна гімнастика; гідрокінезотерапія (10 процедур, 15-40 хв.); масаж комірцевої зони і верхнього грудного відділу (10 процедур, 10-15 хв.); дієтотерапія насичена залізом, білком і вітамінотерапія; фітотерапія (вітамінні збори); кліматотерапія; аерофітотерапія (гвоздична, лавандова, лимонна, розмаринова, фенхелеві, екваліптова олія); психотерапія (аутогенне тренування); ультрафіолетове опромінення; бальнеотерапія (мінеральна вода Шаянська); йоготерапія (2 рази на тиждень, 20-40 хв.) [7, 8].

При гіпоксії плода застосовують методику нормобаричної гіпокситерапії, яка має значний оздоровчий ефект. Він сприяє підвищенню неспецифічної резистентності організму вагітних, нормалізації вегетативного балансу, стабілізації психоемоційного стану, покращенню мікроциркуляції; має гемостимулюючий, імуномодельючий ефекти та низку інших позитивних впливів [1].

Всі засоби фізичної терапії використовуються комплексно, з урахуванням їх взаємного впливу і дії інших факторів.

Список літератури

1. Грідько Л.А., Тофан Н.І. Вплив диференційованої програми фізичної реабілітації на стан плода у вагітних з анемією. *Молода спортивна наука України*. Львів: Українські технології, 2008. Вип. 12. Т. 3. С. 226–230.
2. Дугіна, Л. В., Лисенко, К. О. Особливості застосування засобів лікувальної фізичної культури під час вагітності. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. (2), 2016. 14-16.
3. Ксабулатов Н.М. Железодефицитные анемии у беременных. *Российский медицинский журнал*. 2003. №1. С. 18-20.
4. Немедикаментозные методы терапии в акушерстве и гинекологии / Под ред. В. И. Орлова. Москва. МОНИИАГ, 1987. 131 с.

5. Подзолкова Н.М., Нестерова А.А., Назарова С.В., Шевелева Т.В. Железодефицитная анемия беременных. *Гинекология*. Т.5. №3. 2003. С. 2-10.
6. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Изд-во Status Praesents, 2011. 688 с.
7. Сухан В. С., Дичка Л. В., Блага О. С. Лікувальна фізична культура в акушерстві та гінекології: методичні рекомендації. Ужгород, 2014. 42 с.
8. Тофан Н.І., Владіміров О.А., Клименко С.К., Гутман Л.Б. Рухові режими і комплекси ЛФК для вагітних жінок: методичні рекомендації. Київ, 2004. 31 с.

**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОГО
ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА
РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ПАНАРИЦІЯМИ**

Володимир ГУСАК

к. мед. н., доцент,

доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії

та домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Олександр Докаль

магістрант кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та

домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Проблема лікування та реабілітації хворих із панариціями протягом останніх десятиліть, як і раніше, є актуальною, оскільки показники захворюваності населення зростають і тенденції до їх зниження не спостерігається. Серед усіх гнійних процесів м'яких тканин і кісток гнійні захворювання пальців кисті посідають одне з чільних місць в структурі захворюваності, складаючи від 15% до 31% від кількості усіх пацієнтів, що вперше звернулися до медичних установ [1, с. 32]. Застосування преформованих лікувальних факторів в лікуванні цієї патології практично не дає побічних ефектів. Фізіотерапія дозволяє скоротити прийом ліків, за рахунок підвищення чутливості організму, зводить до мінімуму побічні явища і неприємні наслідки як самої хвороби, так і її лікування, сприяє скороченню термінів лікування, прискоренню відновлення, активізації найважливіших біохімічних процесів в організмі, налаштовуючи природні сили організму на одужання [2].

Мета роботи – вивчити особливості використання постійного електричного струму як засобу реабілітації хворих із панариціями.

В ході виконання експериментальної частини роботи нами були опрацьовані виписки із історій хвороби 40 хворих, які перебували на лікуванні у гнійній хірургії II хірургічного відділення ОКНП «Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги» з приводу різних форм панарицію. Форма панарицію визначалась на основі клінічних та рентгенологічних даних. Усі хворі були чоловічої статі. Хворі віком до 40 років склали 60%, від 41 до 60 років – 32%, а решта хворих - 8% були люди старші за 60 років. Із загальної кількості пацієнтів у 50% спостерігався сухожилковий панарицій, а у інших 50% випадків була діагностована кісткова форма панарицію.

Залежно від методу лікування усі пацієнти були розділені на 2 рівноцінні групи – експериментальну та контрольну по 20 осіб в кожній.

Хворим першої (експериментальної) групи до комплексного лікування поряд із загальноприйнятими методами (за стандартним протоколом) включали з метою ліквідації гнійно-некротичного процесу в рані, зменшення кількості інвалідизуючих операцій і тривалості лікування, крім мазі "Левомеколь", в I фазі ранового процесу застосовували мобілізуючий фермент імозімаза і адсорбуючі пов'язки Sorbalgon® і Melgisorb® в поєднанні з внутришньотканинним електрофорезом антибіотика лінкоміцину. Локальний вплив гальванічного струму здійснювали через 2-4 години, тобто у період максимальної концентрації лінкоміцину в крові після внутришньом'язового його введення (в дозі 0,6 г). Всього виконували 10 процедур внутришньотканинного електрофорезу. До другої (контрольної) групи входили пацієнти які отримували лікування лише за стандартним загальноприйнятим протоколом.

При використанні запропонованої методики були відмічені хороші результати. В усіх хворих мало місце більш раннє в порівнянні з контрольною групою зникнення місцевих гострих запальних явищ, нормалізація показників загального аналізу крові і температури тіла, зменшення болю і відновлення функції пальця. набряк і почервоніння шкірних покривів до початку лікування ми спостерігали у 100% хворих в обох досліджуваних групах. В результаті проведеного лікування ці прояви зникали в середньому на $7 \pm 0,5$ добу в експериментальній групі і на $8 \pm 0,5$ добу в контрольній. Біль в ураженій ділянці у хворих експериментальної групи значно зменшувались або повністю зникали на $10 \pm 0,5$ добу, в контрольній групі це відбувалося пізніше – в середньому

на $12 \pm 0,5$ добу. Відновлення функції пальця в експериментальній групі при виписці ми спостерігали у 70% хворих. В контрольній групі цей показник був дещо нижчим (60%) (Таблиця 1).

Динаміка змін основних клінічних проявів захворювання

Таблиця 1

N з.п.	Клінічні ознаки	На початку лікування		2-3 доба Лікування		7-8 доба лікування		10-11 доба лікування	
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
1.	Набряк і почервоніння	100 %	100 %	85,00 %	95,00 %	0,00 %	30,00 %	0,00 %	0,00 %
2.	Біль	100 %	100 %	80,00 %	90,00 %	45,00 %	60,00 %	0,00 %	30,00 %
3.	Загальна слабкість та підвищення температури	100 %	100 %	90%	90%	60%	70%	0%	0%

При проведенні традиційного лікування в контрольній групі середня тривалість госпіталізації складала $13,7 \pm 1,4$ доби. В експериментальній групі цей показник скоротився більш ніж на 3 дні і склав $10,4 \pm 1,2$ доби.

Висновки. Застосування внутришньотканинного електрофорезу сприяє досягненню найкращого ефекту в лікуванні панарицію при найменшому навантаженні на організм пацієнта. Крім того, запропонована методика дозволила скоротити розхід лікарських препаратів на 25%.

Список літератури

1. Баранник С.І. Клінічні та організаційні питання надання медичної допомоги хворим з гострою гнійною хірургічною патологією в амбулаторно-поліклінічних умовах / С.І. Баранник, В.М. Барвінський, В.Ю. Бахвала, В.М. Шевцов // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XVII, № 1, ч. 1. – С. 31-34.

2. Лігоненко О. В. Гнійні захворювання кисті [Електронний ресурс] / О. В. Лігоненко // Українська медична стоматологічна академія. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: https://www.umsa.edu.ua/storage/kf_zah_hirurg

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ХРЕБЕТНО-СПИНОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Анна ДЕРНОВА

здобувачка першого рівня вищої освіти за спеціальністю
227 Фізична терапія, ерготерапія
Бердянський державний педагогічний університет

Актуальність реабілітації травматичної хвороби спинного мозку обумовлена тенденцією збільшення в останнє десятиліття кількості хворих, постраждалих в результаті промислового або транспортного травматизму, а також від вогнепальних поранень та необачного поводження на воді. За частотою серед усіх видів травм хребетно-спинномозкова травма (ХСМТ) займає третє місце [4].

Реабілітація пацієнтів з наслідками травм спинного мозку залишається одним з найбільш складних і пріоритетних напрямів медико-соціальної реабілітації, які вимагають тривалого і систематичного впливу [1], головним завданням якого є відновлення соціально-побутової самостійності та повернення до активної діяльності [2].

Спинномозкова травма обґрунтовано належить до категорії найбільш тяжких травматичних ушкоджень, що обумовлено не тільки високим рівнем летальності при ускладненій травмі хребта, але й важкістю медичних, економічних і соціальних наслідків травматичного ушкодження спинного мозку, як для пацієнтів і їхніх родичів, так і для суспільства в цілому [1].

В структурі травматизму ХСМТ займає третє місце після травми трубчастих кісток, черепномозкової травми і складає до 2–3% від усієї кількості травми. При переломах хребта – кожний третій із пошкодженням спинного мозку (СМ). Щорічно в різних географічних поясах частота ХСМТ коливається від 29–60 осіб на 1 млн. жителів. Найбільший відсоток постраждалих – працездатний контингент 20–39 років (45%), 40–59 років – 24%, 18–20 років – 20%, старше 60 – 11% [3]. Чоловіча частина населення в 2,5–4 рази травмується частіше. Отримання травми спинного мозку в результаті ДТП становить 39%, фізичного насильства (бійки, падіння, травм на воді) – 24%, спортивних травм – 17% [4]. Найчастіше пошкоджується один хребець на різних рівнях: шийний відділ – 10% (С4–С7), грудний відділ – 40% (D12), поперековий відділ – 50% (L1) [1].

Розрізняють такі основні форми травматичних уражень спинного мозку: струс, забій, крововилив, стиснення. Спинний мозок страждає переважно у разі переломів хребців (компресійних, осколкових), що призводять до його стиснення, внаслідок чого нижче місця ушкодження виникають рухові, чутливі, трофічні, тазові розлади. Тяжкість і стійкість їх залежить від рівня травми, ступеня порушення цілісності і поширення патологічного процесу у поперечнику та по довжині спинного мозку. Найчастіше ушкодження локалізуються на рівні С1–С6 і Th2–L1 хребців. Чим вищий рівень пошкодження хребта, тим частіше пошкоджується спинний мозок. Як правило, на хірургічне лікування надходять хворі з

тривалим анамнезом захворювання, з вираженим і довготривалим больовим синдромом, наявністю неврологічних порушень. Безумовно, це ускладнює проведення реабілітації в післяопераційному періоді. Причому, ряд авторів вважають, що відновне лікування слід починати якомога раніше [2].

Комплексна відновна терапія травм спинного мозку забезпечується поєднанням різних засобів консервативного і оперативного лікування. Вони диференціюються залежно від механізму травми, характеру пошкодження, рівня пошкодження, тяжкості і періоду захворювання спинного мозку, а також ступеня компенсації порушених функцій організму [1; 5].

Хворим з травмами хребта і спинного мозку найбільш доцільно проводити реабілітацію в умовах спеціалізованого лікувального закладу за обов'язковою участю фізичного- та ерготерапевта. Завданням фізичного терапевта є відновлення фізичних якостей, забезпечення функціонування опорно-рухового апарату. Фізичний терапевт, обстежуючи пацієнта, визначає, які саме рухові розлади потребують корекції чи відновлення, встановлює засоби, методи та форми реабілітації, планує та проводить індивідуальні чи групові заняття. Ерготерапевт повинен визначати рівень володіння руховими навичками та пріоритетність у навчанні того чи іншого руху, навчати травмованих осіб навичок самообслуговування та переміщення [5]. Фахівцям необхідно диференціювати специфіку реабілітації залежно від періодів. У гострому і ранньому періодах виявлено біль, зниження фізичного, соціально-рольового функціонування, підвищення рівня тривожності,

соціальна та рухова дезадаптація. У пізньому періоді спостерігається відновлення фізичного функціонування, неврологічного статусу, зниження інтенсивності больового синдрому. Значення параметрів якості життя взаємопов'язані з виразністю больового синдрому, ступенем неврологічного дефіциту і психологічного статусу.

Отже, аналіз літературних джерел свідчить, що застосування фізичної та ерготерапії сприяє значному покращенню адаптивних можливостей, поліпшенню навичок самообслуговування, що дає змогу людям зі спинальною травмою бути більш самостійними і незалежними від сторонньої допомоги.

Список літератури:

1. Качесов В. А. Основи інтенсивної реабілітації. Травма хребта та спинного мозку. книга 1., Київ: Слово, 2002. 188 с.
2. Полищук Н., Корж Н., Фищенко В. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Киев: Книга плюс, 2001. 388 с.
3. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» // Укр. нейрохірургічний журнал. 2008. №3. С. 224.
4. Кобелев С. Ю. Фізична реабілітація осіб з травмою грудного та поперекового відділів хребта і спинного мозку. Львів. ПП
5. Климов В. С., Шулев Ю. А., Степаненко В.В. Сравнительная оценка результатов, лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Уфа. Луч. 2009. С. 125.

РЕЗУЛЬТАТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ МІКРОДИСКЕКТОМІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ

Наталія ІВАНКІВ

к. п. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Андріана КРІЛЬ

Магістрантка, I курс

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Хронічний біль у спині є однією з найважливіших медико-соціальних проблем у промислово розвинених країнах. Згідно з останніми епідеміологічними дослідженнями, поширеність болів у спині в європейських країнах коливається від 23 до 80%.

Мета дослідження: Поліпшити ефективність комплексної медичної реабілітації пацієнтів з радикулопатією після операції мікродискектомії та розробити алгоритм лікувального використання магнітної стимуляції.

Завдання дослідження: 1. Визначити інтенсивність магнітного стимулу, необхідного для диференційованого на різні відділи периферичної нервової системи.

2. Сформувати протокол застосування магнітної стимуляції у пацієнтів з попереково-крижовою радикулопатією після мікродискектомії.

3. Оцінити вплив магнітної стимуляції у комплексній медичній реабілітації на динаміку клініко-неврологічних симптомів та показники тривожності після мікродискектомії.

4. Вивчити якість життя пацієнтів у ранньому реабілітаційному періоді після мікродискектомії при використанні магнітної стимуляції.

Матеріали та методи: У першому етапі роботи було проведено дослідження впливу магнітної стимуляції на різні структури периферичної нервової системи, результати якого були використані для формування протоколу застосування магнітної стимуляції у пацієнтів з попереково-крижової радикулопатії. До дослідницької групи першого етапу увійшли 17 здорових добровольця у віці від 19 до 55 років (середній вік $31 \pm 8,6$ років). Магнітна стимуляція виконувалася відповідно до загальноприйнятого протоколу безпеки. Використовувався магнітний стимулятор фірми Magstim 200 (Велика Британія) з максимальною потужністю.

У другому етапі роботи об'єктом дослідження з'явилися 17 пацієнтів з радикулопатією, 61,9% чоловіків та 38,1% жінок, яким було проведено оперативне втручання – мікродискектомія, з наступним курсом реабілітаційного лікування в умовах стаціонару. Пацієнти були віком від 25 до 65 років (середній вік $46,8 \pm 10,5$ років). Середня тривалість радикулопатії становить $6,3 \pm 4,1$ року, середня тривалість загострення – $2,8 \pm 0,9$ місяців. На 7 день після операції пацієнти були розподілені на дві групи методом випадкового розподілу. Тестування хворих обох груп здійснювалося на 7-й та 21-й (22-й) день після мікродискектомії.

Методи дослідження пацієнтів включали клініко-неврологічне обстеження, об'єктивізацію больових відчуттів за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), шкалою тривожності Спілбергера-Ханіна, дослідження якості життя за допомогою опитувальника EuroQol-5D.

Результати: Аналіз даних якості життя хворих на опитувальник EuroQol-5D на 7-й день після операції мікродискектомії показав, що у більшості пацієнтів в обох групах проблеми з мобільністю/рухливістю, самообслуговуванням, повсякденною активністю, больовим синдромом, рівнем тривоги/депресії мали помірний характер. . Аналіз результатів реабілітаційного лікування виявив зниження інтенсивності больового синдрому в спині та нижніх кінцівках, а також зменшення порушень чутливості на 21 день у всіх пацієнтів в обох групах. Оцінюючи клініко-функціональні зміни в динамічному спостереженні пацієнтів обох груп, важливо зазначити, що найшвидше повне одужання спостерігалось у хворих, у клінічній симптоматиці яких превалював больовий синдром та порушення чутливості.

Висновки: 1. Дослідження у здорових добровольців показало достовірні відмінності інтенсивності магнітного стимулу при активації спинномозкового корінця та термінальних аксональних гілок унаслідок магнітної стимуляції.

2. Комплексне обстеження пацієнтів з радикулопатією у ранньому реабілітаційному періоді після мікродискектомії виявило наявність больового синдрому у всіх хворих, чутливих порушень – у 14 (82,4%) пацієнтів. Двигуни у вигляді периферичних парезів були зареєстровані у 8 (47%) хворих. На 7-й день після мікродискектомії високий рівень особистісної тривожності спостерігався у 4 (24%) пацієнтів. Згідно з опитувальником якості життя EuroQol-5D, більшість пацієнтів в обох групах мали найбільш значущі зміни щодо самообслуговування та болю.

3. Застосування магнітної стимуляції у комплексній реабілітації пацієнтів з радикулопатією у ранньому реабілітаційному періоді після мікродискектомії підвищило ефективність відновлення неврологічних функцій при больових та чутливих порушеннях.

4. У групі пацієнтів, які отримували магнітну стимуляцію, було досягнуто достовірної відмінності зниження особистісної тривожності та покращення рівня самообслуговування. Для оцінки змін інших аспектів якості життя після мікродискектомії потрібно більш тривале спостереження.

Список літератури

1. Amirdelfan, K. Treatment Options for Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) Patients with Refractory Chronic Pain: An Evidence-Based Approach / K. Amirdelfan, L. Webster, L. Poree, et al. // Spine (Phila Pa 1976). – 2017. – Vol. 15. – P. 42. Suppl14: S41-S52.

2. Daly, C.D. Perioperative care for lumbar microdiscectomy: a survey of Australasian neurosurgeons / C.D. Daly, K.Z. Lim, P. Ghosh, T. Goldschlager // J Spine Surg. – 2018. – Vol. 4. – №1. – P. 1-8.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПНЕВМОКОНІОЗОМ

Наталія ІВАНІКІВ

к. п. н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Анастасія ДУДОК

студентка четвертого курсу,

спеціальність «Фізична терапія, ерготерапія»,

Дрогобицький державний педагогічний університет Імені Івана Франка

Проблеми охорони здоров'я людей, що працюють у шкідливих умовах, є особливо актуальними в умовах екологічної кризи. Зокрема, зацікавленість викликає стан здоров'я працівників вугільних шахт. Етіологічними факторами у шахтарів є вдихання пилу, що містить сполуки двоокису кремнію, як найбільш агресивного агенту. У вугіллі Львівсько – Волинського басейну вміст двоокису кремнію невисокий. У шахтарів формується професійна хвороба легень, що пов'язано як із впливом шкідливих умов праці, так і з часом роботи в шахтах.

Перші патологічні зміни виявляються при профілактичних флюорографічних оглядах, звичайних та спеціалізованих рентгенологічних методах обстеження, при термографічних дослідженнях (контактний термограф, у тому числі і рідкокристалічний), при імунологічних дослідженнях крові (визначення кількості субпопуляції Т-лімфоцитів, показників гуморального імунітету).

В ХХІ столітті спостерігається стійкий ріст поширеності пневмоконіозу і прогнозується подальше збільшення захворюваності, смертності й соціального тягаря з високими економічними витратами на медичне забезпечення хворих. В останні роки досягнуть істотний прогрес у розумінні патогенезу силікозу, що дозволило виробити погоджену концепцію лікування, у якій основний акцент зроблений на базисну медикаментозну терапію. При цьому ефективність медикаментозної терапії силікозу становить усього лише 20-50% і нерідко супроводжується розвитком ускладнень і побічних явищ. Гіршою є ситуація з поширеністю, інвалідністю і смертністю від хворіб органів дихання серед працівників промислових підприємств. Це пояснюється

значною запиленістю і загазованістю повітря, неспроможністю більшості підприємств і цілих галузей створити безпечні умови праці. Більшість працівників вугільних промислових підприємств стають інвалідами саме за рахунок виражених обструктивних порушень. [3; 4].

Сьогодні, навіть при оптимальній медикаментозній терапії в таких пацієнтів крім порушення прохідності дихальних шляхів продовжують зберігатися виражені функціональні порушення, і їхня корекція не менш, а часом і більше важлива. Багато в чому модифікація тактики ведення хворих із силікозом пов'язана з обліком ролі системних проявів хвороби.

Всі реабілітаційні заходи можна розділити на:

- медичні;
- професійні;
- фізкультурно-спортивні;
- соціальні;
- психологічні [2].

До одному з видів не медикаментозної відновної інтервенції відноситься легенева реабілітація. За останнє десятиліття в усьому світі відбулися принципові зміни в осмисленні як сутності, так і наповнення реабілітаційних програм. Значно виросла доказова основа пульмонологічної реабілітації. В 2006 році була опублікована Об'єднана угода по легеневій реабілітації Американського торакального (АТТ) і Європейського респіраторного товариства (ЄРТ), що і донині є найбільш масштабним аналізом по даній проблемі. Відповідно до цього документа «Пульмонологічна реабілітація - це мультидисциплінарна, заснована на доказовій базі, всеосяжна система заходів для хворого захворюванням органів подиху, що має клінічно значимий перебіг захворювання й порушення рівня повсякденної активності. Інтегрована в щоденне лікування пульмонологічна реабілітація покликана зменшити прояву хвороби, оптимізувати функціональний статус, поліпшити

кооперативність і зменшити вартість лікування за рахунок стабілізації або зменшення системних проявів хвороби» [1].

Оцінка стану пацієнта починається з визначення його фізичного потенціалу. Для цього використовують стандартизовані тести з наростаючим фізичним навантаженням на велоергометрі або біговій доріжці, оцінку дистанції, пройденої за шість хвилин. Моніторювання повсякденної активності проводять за допомогою крокомірів або тривимірних акселерометрів [2].

Існуючих на сьогоднішній день даних недостатньо для однозначного вибору оптимальної частоти й тривалості фізичних тренувань у програмах легеневої реабілітації. Однак більшість авторів сходяться в думці, що хворі із пневмоконіозом повинні займатися лікувальною фізкультурою мінімум три рази в тиждень, і чим довші такі програми, тим більше виражений і стійок їхній реабілітаційний ефект [3; 4].

Список літератури

1. Айрапетова Н.С. Обоснование и подходы к восстановительному лечению больных с хроническими заболеваниями органов дыхания/ Н.С. Айрапетова // Пульмонология. -2007. - №6. - С. 104-109.
2. Бондаренко Г.А. Реабилитация больных с пылевыми болезнями лёгких Г.А. Бондаренко, Т.П. Бодаченко, С.Б.Канюка, А.Ф. Такташева, В.В. Дмитриенко // Вестник гигиены и эпидемиологии 2006 Т. 10. № 1.- С. 65 - 70.
3. Борисова І.С. Якість життя хворих на пневмоконіоз в залежності від ступеню бронхообструктивного синдрому та фізичної працездатності / Матеріали XV з'їзду терапевтів України, 2004. - С. 128-130.

4. Кундієв Ю.І. Професійна захворюваність в Україні у динаміці довгострокового спостереження / Ю.І. Кундієв, А.М. Нагорна // Український журнал з проблем медицини праці. - 2005.-№1.- С. 3-12.

КОРЕКЦІЙНІ МЕТОДИКИ ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Наталія ІВАНІКІВ

к. п. н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Роксолана КАРАБА

Магістрантка, I курс

Дрогобицький державний педагогічний університет Імені Івана Франка

РАС (розлад аутичного спектру) – це стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку та характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування. На теперішній час без корекції РАС настає інвалідність, люди з такою особливістю вже не є спроможними відвідувати навчальні заклади. Головна проблема даного захворювання – це неспроможність комунікації та взаємодії людей з іншими людьми. Це пояснюється тим, що відбувається порушення мовної сфери, що входить до РАС. Виділяють такі основні корекційні методики при РАС, як: поведінкові, розвивальні, сенсорно-перцептивні та електичні.

До поведінкових методик можна віднести: -АВА (Applied Behavior Analysis) - прикладний аналіз поведінки – мета даного підходу заключається в підвищенні бажаної поведінки та зниження рівня проблемної поведінки, яке може заважати навчанню та соціалізації;

-PRT (Pivotal Responce Treatment) – мета: розвиток мотивації у дитини з РАС та правильно реагувати на сигнали та соціальні взаємодії з навколишнім середовищем;

-TEACCH (Treatment and Education on Autistic and Related Communication Handicapped Children) – це методика структурованого навчання з особливою увагою в якій надається середовищу. Основні цілі якої полягають:

1. Розвинути незалежність дитини;
2. Взаємодія з іншими людьми;
3. Вивчення нових навичок (усі нові навички, які дитина може використовувати вдома, в садку, школі);
4. Розвивати інтелектуальні навички та індивідуальні здібності.

До розвивальних методик відносимо такі підходи, як:

-Dir Floortime – прямування за ініціативою дитини в грі та в соціальній взаємодії. Це один з методів сімейної психотерапії. На сеанс до психолога приходять дитина та член родини, з якою найбільше контактує пацієнт. Саме за допомогою цієї методики можна покращити відносини у сім'ї, розвинути побутові навички.

-Son-Rise – полягає у створенні сприятливих для дитини умов навколишнього середовища, яка включає в себе позитивне ставлення до неї з боку сім'ї, близьких їй людей і готовність вступати з ними в контакт. Мета даної методики – зміна ставлення батьків до дитини з негативної на позитивну сторону;

-DTL (Daily Life Therapy) – це щоденна життєва терапія. Мета цього підходу – сформувати у дітей необхідні навички для повсякденного

життя. Корекція дезадаптивної поведінки здійснюється через фізичні навантаження і навчання різних навичок в групах, а саме адаптативних. Емоційна регуляція і її стабілізація здійснюється через мистецтво, музичні заняття. Саме ця програма має 3 складові: фізична витривалість, емоційна стабільність та інтелектуальна стимуляція, які в подальшому дають змогу зростання різних можливостей, таких як усвідомлення тіла, самоконтроль, стабілізація настрою, успішність та соціальний розвиток.

При сенсорно-перцептивному методі виділяють такі методи, як Ayres Sensory Integration і Томатіс - терапія. При застосуванні першого методу – дитина краще орієнтується в просторі, засвоює нові слова та використовує їх правильно у спілкуванні, покращується пам'ять та сприйняття.

При використанні другого методу – застосовують звучання музичних засобів, в результаті яких дозволяється розвивати мозок, тренеруючи його шляхом прослуховування музики на певних частотах. За допомогою цього методу, коли змінюється частота звуку, мозок починає активно працювати і запускає механізми слухової уваги.

Одними з найбільш поширених підходів з електичних методів являється Scerts та The Miller Method. Scerts – це освітня модель для роботи з дітьми з РАС, яка допомагає дитині стати більш компетентним та впевненим у соціумі, і одночасно контролює свою проблемну поведінку, яка заважає в навчанні та розвитку. The Miller Method (Метод Міллера) – це програма, яка має за основу врахування потреб в розвитку дітей з РАС і має 4 цілі:

1. Оцінка різних ознак порушення поведінки;
2. Розширення досвіду взаємодії та вихід дітей з замкнутого способу життя;
3. Різні вправи, для розвитку письма, читання, символічних ігор та розвиток звичайної поведінки у школі;

4. Переведення порушеної поведінки в функціонально активну.

На даному етапі в суспільстві немає таких методик, які б повністю виліковували дане захворювання, але ці методики дозволяють відкоригувати стан людини та розвивати її навички у соціумі.

Список літератури

1. Діагностика, лікування та життя з РАС-[електронний ресурс].- Режим доступу - <https://neuroflex.ua/blog/diagnosing-treating-and-living-with-asd/>
2. Особливості поведінки та комунікації в структурі розладів аутичного спектру у дітей дошкільного віку - [електронний ресурс].- Режим доступу - <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7280/Storozh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Міфи про аутизм - [електронний ресурс]. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/health/5-mifiv-pro-autizm>

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Наталія ІВАНІКІВ

к. п. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Ігор КРИСЯК

студент другого курсу,
спеціальність «Фізична терапія, ерготерапія»,

Здоров'я населення є соціально значимим фактором, за рівнем і станом якого судять про ступінь розвиненості і добробуту суспільства. За останні 5 років рівень первинної захворюваності в країні виріс на 12%, а загальної - на 15% від загальної кількості народжених в країні. Діти, народжені з патологією розвитку, становлять 20%, з них 15% з'являється на світ з різними проявами розумової відсталості [1, 2, 3].

Характерною особливістю дітей з особливими освітніми потребами дитячого є наявність у них різноманітних дефектів психічного і фізичного розвитку, обумовлених органічними ураженнями центральної нервової системи різної етіології. Крім того, вони мають супутні основному діагнозу порушення серцево-судинної, дихальної, вегетативної і ендокринної систем. Властиві їм і такі патології, як слабкість міокарда, аритмія, порушення дихання за частотою, глибиною і ритму, відсутність узгодженості дихального акту з виконуваною руховою навантаженням. У таких дітей помічені відставання від вікової норми в зрості і вазі, непропорційність статури, різні відхилення в поставі [1, 2, 3].

Дослідницька робота проводилася на базі Дрогобицького добровільного товариства захисту дітей-інвалідів „Надія”. У дослідженні взяло участь 30 дітей. Міждисциплінарна команда фахівців-волонтерів, які працюють з дітьми, що відвідують Дрогобицьке добровільне товариство захисту дітей-інвалідів «Надія», вже понад рік використовує МКФ у процесі реабілітаційних втручань. Отримані результати показали, що використання МКФ дає змогу краще оцінити стан дитини з різними відхиленнями в стані здоров'я, завдяки детальному аналізу всіх сфер її діяльності, факторів середовища та персональних факторів. Використання МКФ дало змогу знайти ті чинники, які гальмували процес реабілітації. Усунення виявлених факторів значно полегшило визначення цілей реабілітації, побудову плану

реабілітаційних втручань. Діагностичні тестування показали, що з використанням МКФ ефективність реабілітації дітей зросла на 32% [3].

На *першому етапі* дослідження був проведений аналіз сучасних літературних джерел, вивчено науково-теоретичні і методичні аспекти виховання, навчання, соціальної та фізичної реабілітації; визначено мету, завдання, об'єкт, предмет і програму дослідження; були розроблені анкети, карти обстеження.

На *другому етапі* дослідження проведено констатуючий експеримент з метою створення бази даних, необхідної для вивчення особливостей психомоторного розвитку дітей з важким ступенем розумової відсталості. У ході експерименту визначено особливості психомоторного розвитку, навички самообслуговування і комунікативні уміння дітей з важким ступенем розумової відсталості.

На *третьому етапі* дослідження було розроблено і експериментально апробовано комплексну програму фізичної реабілітації. Запропонована програма фізичної реабілітації мала комплексний підхід, соціальне спрямування, залучалися всі члени родини, проводилася просвітницька робота з близьким оточенням. Результати, отримані в ході дослідження, були оброблені методами математичної статистики. У процесі спостереження і обстеження було визначено особливості психомоторного розвитку, навичок самообслуговування, комунікативних умінь дітей з важким ступенем розумової відсталості.

Визначальними рисами запропонованої програми є те, що фізична реабілітація була спрямована на розвиток психомоторики, дрібної моторики кистей і пальців рук, оволодіння навичками

самообслуговування і комунікативних умінь, проводилася просвітницька робота з батьками, відбувалося активне залучення всіх членів родини за їхнього сприяння і безпосередньої партнерської участі.

Список літератури

1. Бондар В.І., Синьов В.М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шлях від інституалізації до інтеграції // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка: серія соціально-педагогічна. Вип. XII / За ред. О.В.Гаврилова, В.І.Співака. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 462 с.

2. Вісковатова Т. П. Психофункціональний стан дітей із затримкою психічного розвитку під впливом занять рухливими іграми / Т.П.Вісковатова. // Молода спортивна наука України: збірник наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. – Львів : НВФ «Українські технології», 2006. Вип. 10. – Т.3,4. – с. 217-222.

3. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі та соціальному середовищі : навчальний посібник / О. В. Гаврилов. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. – 308 с.

ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ОТРУЄННЯМИ ХІМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Наталія ІВАНІКІВ

к. п. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Діана МЕНЧИШИН

Магістрантка, I курс

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), гострі отруєння (ГО) становлять 15–20% усіх осіб, які екстрено надходять на стаціонарне лікування за невідкладними показаннями. Усього у світі 2020 р. від ГО загинуло близько 250 000 людина – 4,3% від загальної кількості померлих. Гострі отруєння входять до 10 провідних причин смерті. Крім того, у світі щорічно реєструється кілька мільйонів отруєнь від укусів отруйних змій та комах [2, с. 685–688]

Діагностика та лікування гострих отруєнь, як видно, залишаються актуальним науково-практичним завданням. У тому числі це стосується реабілітаційних заходів, метою яких є найбільш повне відновлення втрачених можливостей організму та одним з етапів якого є стаціонарний [1, с.124-125].

Методи реабілітаційної терапії

Усі хворі, у тому числі груп порівняння, отримували базову терапію у складі медикаментозного лікування та немедикаментозних методів лікування (магнітотерапія, ультрафіолетове опромінення, вібротерапія, лікувальна фізкультура, масаж).

При отруєннях психофармакологічними засобами з приєднанням пневмонії базова терапія включала інфузійну терапію, вітамінотерапію, антибактеріальну, ноотропну, симптоматичну терапію, магнітотерапію (на задньо-бокові відділи грудної клітки, щодня, 10-12 процедур). локалізатора, щодня, 10–12 процедур), вібротерапію (вібромасаж) (загальна тривалість процедури 12–15 хв., курс лікування 10–12 процедур), лікувальну фізкультуру (дихальні та гімнастичні вправи, щодня, 27–30 хв).

Класичний лікувальний масаж грудної клітки проводили у положенні хворого лежачи на спині, на боці або сидячи. Спочатку проводили поверхневе погладжування, потім кругове розтирання. Інтенсивність навантаження і тривалість процедур масажу поступово збільшували з кожною наступною процедурою - з 15-20 до 45 хв. щоденно. Масаж спини проводили у різних напрямках, зверху вниз та знизу вгору. Масажні прийоми виконували поверхнево (легкі погладжування) на уражених м'язах кінцівок (згиначі та пронатори руки, розгиначі та м'язи ноги). Інтенсивність навантаження та тривалість процедур масажу поступово збільшували з кожною наступною процедурою – з 15–20 до 45 хв. щоденно.

Всім пацієнтам з укусом гадюки базове лікування включало іммобілізацію кінцівки гіпсовою лонгетою, введення протиправцевої сироватки, інфузійну, детоксикаційну (форсований діурез), симптоматичну терапію, корекцію кислотно-основного та водно-електро-також місцеве фізіотерапевтичне лікування за допомогою ультрафіолетового опромінення та магнітотерапії в області зон уражень (від 4 до 7 сеансів, щодня).

Реабілітаційний період гострих отруєнь психофармакологічними засобами, нейротоксикантами та при укусах гадюки в токсикологічному стаціонарі починається після закінчення реанімаційних, екстрених детоксикаційних заходів та інтенсивної терапії, що призводять до відновлення у хворих життєво важливих функцій. При цьому можливе розширення меж реабілітаційного періоду у зв'язку з розвитком пневмоній, токсикогіпоксичною енцефалопатією та набряково-запальними змінами м'яких тканин на 3,5–13,5 діб.

Отримані дані з оцінки функціональних можливостей організму за методикою Гаркаві свідчить про зниження при отруєннях адаптаційних можливостей організму, що вивчаються, відповідних реакції стресу:

відносний вміст лімфоцитів при отруєннях психофармакологічними засобами і нейротоксикантами падало до 15,0%,- 16,0%. Визначалася гіперсимпатикотонія зі збільшенням в обох випадках амплітуди на 40%, і відповідно зниженням варіаційного розмаху від 68% до 75% зі збільшенням індексу напруги на 337–460%.

При отруєннях психофармакологічними засобами проводиться базова терапія (магнітотерапія, ультрафіолетове опромінення, вібротерапія та лікувальна фізкультура) призводить до зниження симптомів пневмонії на 10–30%, а лікувальна фізкультура при отруєннях нейротоксикантами – симптомів токсико-гіпоксичної енцефалопатії на 10–40%. Застосування магнітотерапії та місцевого ультрафіолетового опромінення при лікуванні тканинних пошкоджень внаслідок укусів змій супроводжується зменшенням набряково-запальної та рухової симптоматики та зменшенням симптоматики, що спостерігається, на 46–66%. Терміни лікування при отруєннях психофармакологічними засобами становлять 29 діб, при отруєннях нейротоксикантами – 18, а при укусах змій – 9,5.

Список літератури

1. Малявин, А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. Практическое руководство для врачей/А.Г.Малявин – М.: Практическая медицина. 2006.–416с.
2. Мусселиус, С.Г. Отравления животными и растительными ядами / С.Г.Мусселиус // Медицинская токсикология: национальное руководство / под ред. Е.А. Лужникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Гл.12. – П. 12.1. – С.685.

3. Habilitation and Rehabilitation, of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) calls for. / World report on disability. Chapter4 Rehabilitation. Article 26. – 2011. – P. 1–133. [Електронний ресурс] Режим доступу: www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4.pdf
4. SPSS Statistics Base 17.0 User's Guide. SPSS Inc., 2007. [Електронний ресурс] Режим доступу: <https://sites.hks.harvard.edu/fs/pnorris/Classes/A%20SPSS%20Manuals/SPSS%20Statistics%20Base%20User's%20Guide%2017.0.pdf>

РОЛЬ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З УШКОДЖЕННЯМ ОРА

Карина ЛІСТАУ

асистент кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

В Україні в останні десятиріччя значно зросла кількість людей похилого віку. Сьогодні кожний п'ятий громадянин належить до старшого покоління. Україна входить до тридцяти «найстаріших» країн світу, спостерігається досить тривожна тенденція зі зростанням частки людей похилого віку. Згідно з національним демографічним прогнозом на період до 2025 року частка осіб віком від 60 років становитиме 25%, а у 2030 році – понад 26%. Це означає, що Україна є й залишатиметься однією з «найстаріших» країн світу, водночас, на державному рівні цій проблемі приділяється недостатньо уваги [4, с. 288].

Старіння являє собою процес, який у значній мірі відображається на руховій активності осіб похилого віку. Зазвичай, зміни пов'язані із

структурно-функціональними перебудовами опорно-рухового апарату та із погіршенням протікання рефлексорних процесів координації рухової діяльності на рівні центральної нервової системи та периферійних структур.

В Україні хронічні захворювання опорно-рухової системи є однією з найбільш частих проблем особливо для людей похилого віку. Близько 3,5 млн осіб зіштовхуються з проблемами опорно-рухового апарату та важкими ускладненнями [6, с. 2], які вимагають безперервної багаторічної терапії [3, с. 28]. Правильна структура і раціональний підбір засобів та методів фізичної терапії скорочує термін відновлення.

При призначенні засобів фізичної реабілітації необхідно провести поглиблене клінічне обстеження перед початком курсу і по його закінченні, а при необхідності - і в середині курсу з використанням різних методів діагностики з урахуванням наявної патології, що характеризують стан серцево-судинної, дихальної, травної, нервової систем і опорно-рухового апарату [5, с. 212]. Тому обстеження є важливою складовою у процесі підтримання та відновлення належного функціонального рівня у людей похилого віку з ушкодженнями ОРА, що являє собою актуальну проблему сьогодення.

На думку українських та закордонних науковців - обстеження є першою та невід'ємною частиною реабілітаційного процесу [1, с. 27-35]. Обстеження повинно здійснюватися на основі системного підходу. Спостереження, опитування, тестування та вимірювання, аналіз зібраних даних – являються функціональними складниками обстеження.

Обстеження починається з моменту знайомства з пацієнтом\клієнтом. Спостерігаємо за способом руху, звертаємо увагу на симетрію, функціональний рівень, рівень самостійності, фактори ризику, поставу, міміку, «мову тіла», бажання рухатися, компенсаторні або індивідуальні рухи, координацію, рівновагу. При формальному спостереженні, повинні зафіксувати виконання певного заданого руху або прийнятого визначеного положення для виявлення й оцінки розміру та пропорцій м'язів, набряків, складок, рубців, кольору шкіри, функціональної здатності.

Під час опитування фахівець формує уявлення про патологію\ушкодження\травму з слів пацієнта\клієнта. Важливо ставити чіткі, зрозумілі питання, враховувати супутні захворювання та вік людини. На основі отриманої інформації фахівець формує попередню версію рухового порушення.

Наступний елемент обстеження – це лише об'єктивна інформація, яка являє собою проведення низки тестів, проб та вимірювань для виявлення рівня дисфункції ОРА у осіб похилого віку [2, с. 23-25].

В заключній частині – фізичний терапевт аналізує всю отриману інформацію, робить висновок про функціональний стан ОРА пацієнта\клієнта та складає індивідуальний план роботи з ним.

Отже, раціональний вибір структури та методів обстеження важливий у процесі підтримання та відновлення належного функціонального рівня у людей похилого віку з ушкодженнями ОРА.

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. Герцик А. М. Структура процедури обстеження опорно-рухового апарату у фізичній реабілітації / А. М. Герцик // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. проф. С. С. Єрмакова. – Х : ХДАДМ (ХХП), 2007. – № 9. – С. 23–25.

3. Комбіноване лікування остеоартрозу: Метод. реком. / В.М. Коваленко, О.П. Борткевич, Г.О. Проценко, І.В. Лисенко. — К., 2007. — 28 с.

4. НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: Імперативи демографічного старіння. — К.: ВД «АДЕФУУкраїна», 2014. — 288 с.

5. Пирогова Л. А. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии: учебное пособие / Л. А. Пирогова. – Гродно: ГрГМУ, 2008. – 212 с.

6. Поворознюк В.В. Все стареют, но не все болеют. Главное — вовремя исследовать состояние костной ткани // Я — ПАЦИЕНТ (Всеукраинское медицинское обозрение). — 2015. — № 93. — С. 2.

ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ ВПРАВ НА ПІДВІСНИХ ТРЕНАЖЕРАХ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ

Світлана НЕСТЕРОВА

к.б.н., доцент кафедри медико-біологічних основ

фізичного виховання і фізичної реабілітації
Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського

Лілія АТАМАНЧУК

студентка факультету фізичного виховання і спорту
спеціальність 227 Фізична терапія, ерготерапія
Вінницький державний педагогічний університет
імені Михайла Коцюбинського

Вступ. На сьогодні порушення постави виявляють майже у 90% досліджуваних дітей, причому 34,9 % - це діти віком до 7 років [1,2]. Як показав аналіз літератури, основними причинами розвитку порушення постави вважають недостатню фізичну активність та відсутність навичок правильного положення тіла при сидінні, саме тому, по завершенню навчання в школі у досліджуваних віком до 17 років, порушення постави діагностують у 94 % дітей [3]. Одним із важливих аспектів вирішення даної проблеми є рання діагностика асиметрії, визначення ступеню розвитку м'язової системи та загального фізичного розвитку дітей з метою подальшої корекції порушення постави [4,5]. Існує достатньо комплексних програм, що дають можливість виправити порушення постави та сформувати навичку підтримання правильної постави у дітей. На нашу думку, застосування комплексу вправ на підвісних тренажерах не лише дає можливість покращити стан хребта і сприяє розвитку м'язів, а й дає можливість покращити функціональний стан організму. **Методи дослідження.** Нами проведено обстеження 20 дітей віком 10-12 років зі сколіозом. Оцінку ефективності застосування вправ на підвісних тренажерах на функціональний стан організму проводили за показниками величини життєвої ємності легень (ЖЄЛ), проби Штанге та індексу Руф'є. **Результати дослідження.** З метою визначення ефективності вправ на підвісних тренажерах, усіх досліджуваних

було розподілено на 2 групи. Перша група дітей (ГП) займалася корегувальною лікувальною гімнастикою, діти віднесені до другої групи (ОГ) - займалися за програмою з використанням підвісних тренажерів. Аналіз результатів дослідження показав, що у дітей ОГ величина ЖЄЛ збільшилась на 38,5% ($p < 0,05$), показник проби Штанге - на 20,2 % ($p < 0,05$), приріст величини індексу Руф'є - 11,3% ($p < 0,05$). У досліджуваних ГП, по завершенню занять за комплексом корегувальної гімнастики величина ЖЄЛ збільшилась на 28,0 % ($p < 0,05$), показник проби Штанге - на 16,5% ($p < 0,05$), приріст величини індексу Руф'є - 6,5% ($p < 0,05$). **Висновки.** Аналіз отриманих результатів показав, що застосування комплексу вправ на підвісних тренажерах здійснює більший позитивний вплив на функціональний стан дихальної системи та адаптаційні можливості серцево-судинної системи, в порівнянні з заняттями за програмою з корегувальної гімнастики.

Список літератури

1. Щерба В.А. Причини, профілактика та корекція порушення постави у дітей молодшого шкільного віку. *Теорія і методика фізичного виховання*. 2016. №3.с.28-35.
2. Нестерова С., Гринюк О. Особливості визначення порушення постави у студентів закладів вищої освіти. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. Вінниця. 2019. с. 271-274.
3. Тимошенко Н.В. Поняття і види постави у підлітків. *Медсестринство*. 2017. №1.с.62-64.
4. Михайловский М. В., Новиков В.В., Васюра А.С. Современная концепция раннего выявления идиопатического сколиоза. *Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова*. 2005. №1.с. 3-10.

ТЕРАПЕВТИЧНЕ ТЕЙПУВАННЯ ПРИ БОЛЯХ У СУГЛОБАХ

Віталій ОСІПОВ

фізичний терапевт

Центру хребта «EUROSPINE»,

кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент,
доцент кафедри біології, здоров'я людини та фізичної реабілітації

Бердянський державний педагогічний університет

Біль – це неприємне сенсорне та емоційне переживання, пов'язане з наявним або ймовірним ушкодженням тканин, або ж описується в термінах подібного ушкодження (Міжнародна асоціація з вивчення болю (IASP)) [2]. Сприйняття болю (ноцицепція) виникає в результаті як механічного ушкодження, травми, так і за рахунок хімічного подразнення альгогенними речовинами, що виділяються у місці ушкодження (простагландини, брадикінін, гістамін та ін.).

Насьогодні, біль залишається основною медичною проблемою, яка значно впливає на повсякденну активність людини [1]. Навіть після проведення адекватного лікування та усунення травматичного впливу на організм больовий синдром може залишатися.

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні болю проблема реабілітації хворих з больовими синдромами різної локалізації продовжує залишатися актуальною [4]. Це зумовлює необхідність пошуку нових підходів та методик для більш ефективного усунення болю.

Терапевтичне тейпування [3] (від грец. «θερᾶλεια» – догляд і лікування та англ. «tape» – полоса, стрічка), наразі, широко застосовується у медичній практиці як самостійний метод, але частіше у поєднанні з

фармакотерапією, фізіотерапією, мануальною терапією, голкорексфлексотерапією і лікувальною фізкультурою.

Інструментом терапевтичного тейпування є липка еластична стрічка, виготовлена з високоякісної бавовни та покрита гіпоалергенною клейкою речовиною на акриловій основі, яка активізується від температури тіла при накладанні її на шкіру [3].

Зменшення больового синдрому при накладанні терапевтичних тейпів на тіло реалізується за рахунок двох механізмів: активації аферентного потоку через товсті мієлінові волокна та поліпшення мікроциркуляції в сполучній тканині.

Під впливом терапевтичного тейпування у м'язах активуються сухожильні органи Гольджі та м'язові веретена, що дозволяє нормалізувати м'язовий тонус. Тому важливе значення має місце накладання тейпа. Активація рецепторів шкіри тейпом сприяє активації пропріорецепторів м'язів та суглобів. Метою тейпування може бути поліпшення циркуляції лімфи (лімфодренаж), або стимулювання рецепторів м'язів, зв'язок, сухожилля та суглобів.

Техніка наклеювання тейпа не є складною, але має застосовуватися фахівцем, щоб гарантувати оптимальні терапевтичні чи профілактичні результати. Для отримання якісного результату необхідно чітко дотримуватися основних правил тейпування:

- ✓ ділянка шкіри на місці наклеювання повинна бути чистою та сухою, а при вираженому волосяному покриві волосся слід видалити, щоб підвищити стійкість аплікації;

- ✓ необхідно знежирити, продезинфікувати та висушити місце аплікації;
- ✓ відрізати тейп потрібної довжини та форми й заокруглити краї тейпу для найкращої фіксації та запобігання відклеювання;
- ✓ обережно відокремити частину захисного паперу від липкої стрічки тейпу, не допускаючи його склеювання;
- ✓ початок та кінець тейпу довжиною 3-5 см (якір) завжди наклеювати без натягу незалежно від місця та способу накладання тейпа;
- ✓ по мірі наклеювання тейпа необхідно поступово знімати захисний папір, уникаючи торкання клейкої сторони;
- ✓ залежно від показань та методу накладання тейпа, його робоча частина (не включаючи якір) наклеюється теж без натягу;
- ✓ при накладанні тейпа з натягом, слід розтягувати стрічку рівномірно по всій довжині робочої області тейпа, а м'язи на місці аплікації тейпа необхідно розтягти;
- ✓ при виконанні багатошарових аплікацій першим наклеюється тейп, що реалізує основний (терапевтичний) ефект, а потім вже підтримуючі та корегуючі тейпи;
- ✓ після аплікації тейп слід ретельно прогладити (розігріти) рукою для активації клейового шару та більш якісної фіксації на тілі;
- ✓ видаляти тейп слід обережними рухами в напрямку росту волосся;
- ✓ не слід мочити тейп перед видаленням.

Методика терапевтичного тейпування не вимагає дорогого обладнання та характеризується мінімальними витратами часу на виконання процедури. Витратні матеріали доступні і завжди можуть бути під рукою.

Список літератури

1. Гузій О.В. Менеджмент больового синдрому: «Подолати розрив між знаннями і практикою». Український медичний часопис. 3(2) (125) V/VI 2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/126247/menedzhment-bolovogo-sindromu-podolati-rozriv-mizh-znannyami-i-praktikoju> (дата звернення: 04.01.2022)
2. Класифікація хронічного болю Міжнародної асоціації за вивченням болі (IASP) МКБ-11. МедЗнат: веб-сайт. URL: <https://www.medznat.com.ua/education/smart-guidelines/klasifikatsya-khronchnogo-bolyu-mzhnarodno-asotsats-za-vivchennyam-bol-iasp-mkb--11>
3. Касаткин М.С. Основы кинезиотейпирования. ЛитРес: Самиздат, 2020. 138 с.
4. Осіпов В.М. Реабілітаційний масаж при постуральних порушеннях, больових синдромах і вегетативній дисфункції. Актуальні питання сучасного масажу: збір. стат. XI Міжн. наук.-практ. конф., 24-25 квітня 2020 р., Харків: ХДАФК, 2020. С. 53-60.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Олександр ПЕДЧЕНКО

студент 2 курсу овітній ступінь магістр

к.м.н., доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Синдром Дауна є орфанним захворюванням на сьогоднішній день, яке здобуло значне поширення серед дітей. У світі за даними ВООЗ кожне 700-е немовля має в своєму складі дану аномалію, цифрове співвідношення досягає 140 на 100 тис народжених. Генетичний збій відбувається незалежно від способу життя батьків. В Україні ж за даними МОЗ, частота народження дітей складає 80 на 100 тис осіб. В 2019 році було зафіксовано 217 дітей з вродженою аномалією. Її головними особливостями є генетичний аспект появи у дитини та характеризується присутністю додаткової хромосоми у 21 парі. За версією деяких спеціалістів у галузі біології та медицини, синдром Дауна не є хворобою, а є лише аномалією хромосомних утворень, які впливають на подальший постембріональний онтогенез дитини. Дана аномалія або хвороба на сьогоднішній день є невиліковною, робляться зусилля проведенню активних фаз соціальної та фізичної терапії, для пом'якшення їх існування та адаптацію у соціумі. Наразі існують особливості вади розвитку у пацієнтів з даною аномалією, котра потребує негайного втручання фізичного терапевта.

Мета дослідження – зрозуміти та проаналізувати сучасні підходи фізичної терапії з синдромом Дауна у світовій системі охорони здоров'я у першому періоді дитинства.

Відомі вчені у галузі фізичної терапії Сидорук та Мухін вважали, що діти з синдромом Дауна мають різні фенотипні ускладнення, тобто функціонування ряду фізіологічних систем ставляться під питання у неможливості виконання дитиною ряду фізичних дій. Таким чином потребується проводити навчальні заняття з дитиною з синдромом Дауна

з певним часовим діапазоном в індивідуальному плані. До таких занять входять: вправи ЛФК, а саме для розвитку сил м'язів, через піднімання та кидання неважких предметів. Вправи на координацію рухів також є важливим аспектом у фізичній терапії дітей з вродженою аномалією, малюкам можна було виставити завдання йти по певному маршруту, а саме вперед, назад або вбік. [1, с. 23; 2, с. 29, 33].

Для позитивного результату проведення заходів з фізичної терапії, Мухін пропонує також проведення сеансів масажу, котрий переважно має включати в себе 5-10 сеансів щомісяця; вправи та засоби для покращення фізіологічного стану здоров'я дитини, також є необхідними у сучасних підходах для лікування; в даному випадку також активно використовують гідрокінезотерапію, але під чітким наглядом спеціаліста. У сучасних підходах потребується активна увага батьків дитини до неї, проведення постійних занять з ЛФК та інші різноманітні терапевтичні заходи потребують постійної та безперервної роботи з дитиною для досягнення бажаного результату, тим більше з переходом пацієнта у іншу віковий період потребується продовження активних терапевтичних дій для досягнення мети [3, с. 25].

Усі видатні вчені та автори застосовані в роботі зійшлися на думці, що застосування методик фізіотерапії для усіх вікових груп захворювань є безпечним. Методи фізіотерапії здійснюють вплив фізичних факторів на покращення здоров'я пацієнта в тому числі і осіб з числа хвороба Дауна. Серед поширених методик фізіотерапії на пацієнтах з числа хворих на синдром Дауна використовується електро та магнітотерапія, магніто-лазерна терапія, ультразвуковий фонофорез та інші відомі прилади [1, с.

127; 2 с. 3]. Актуальна на сьогоднішній день за думкою видатного вченого В. Соркута та В. Казакової є терапія з штучним насиченням ультрафіолетових та інфрачервоних променів, оскільки хворі на дану аномалію можуть мати проблемні ділянки з пігментацією шкіряних покровів. У сучасних підходах дані методики характерні для полегшення протікання синдрому у дітей та можливості покращення їх стану здоров'ю у періоді всього постембріонального онтогенезу [3, с. 112]. Також, на думку В. Мухіна дуже доцільно було б використовувати у лікуванні синдрому Дауна методику Войта та нейророзвивальну терапію Бобата, окрім цього кінезотерапія також виявилася б доречною у використанні методики полегшення лікування [1, с. 129].

Висновки. Щодо узагальнених сучасних підходів для фізичної терапії на думку авторів є такі методи фізичної терапії: це методика Войта, нейророзвивальна терапія, кінезотерапія, фізіотерапія. Найпоширенішим та загальноприйнятим методом лікування осіб з синдромом Дауна є фізіотерапія, її ефективність у полегшенні побічних ефектів та легкому протіканню синдрому дійсно повністю виправдує себе. Також, психологічні фактори грають роль у проведенні курсу лікування, а саме у спокійності і доброзичливості по відношенню до цих дітей, оскільки лише правильна та коректна програма здатна принести плоди у полегшенні протікання життя пацієнта. Також методики ЛФК активно впроваджуються та використовуються у сучасних підходах на пацієнтах з числа хворих на цю аномалію, що є важливим фактором становлення системи охорони здоров'я та боротьби з даною вродженою хворобою та повернення пацієнтів до нормального життя.

Список літератури

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник / В. М Мухін. - 3-тє вид., переробл. та доповн. - К.: Олімп, л-ра, 2019. - 488 с.

2. Сидорук І. О., Подолянчук І. С., Гамма Т. В., Крук І. М Застосування засобів фізичної реабілітації з синдромом Дауна/ *Вісник Національного університету водного господарства та природокористування, м. Рівне. № 5. 2019. С. 38*

3. Фізичні чинники в медичній реабілітації. *Підручник для студентів та лікарів / За заг.ред. В.М. Сокрута, В.М. Казакова. Донецьк: ДонНМУ: ДОКТМО, 2019. 576 с.*

РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ВАЖЛИВИЙ ФАКТОР ПІДВИЩЕННЯ РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ШКОЛЯРІВ

Станіслава ТУРЧЕНЯК

студентка другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності «Середня освіта (Фізична культура)»

Олена ГАУРЯК

к. пед. н., доцент

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Загальновідомо, що однією з важливих умов збереження та зміцнення здоров'я школярів є достатній рівень рухової активності. Рухова активність – природна потреба організму, що росте, необхідна умова фізичного розвитку, зміцнення здоров'я та підвищення опору організму несприятливим умовам, що в себе суму рухів, виконаних у процесі життєдіяльності [5, с. 75].

У підлітковому віці основні складники рухової активності: активність у процесі фізичного виховання; фізична активність під час навчання; суспільно корисна і трудова діяльність; спонтанна фізична активність у вільний час. Ці складники тісно пов'язані між собою [6, с. 114].

Нажаль, рухова активність сучасних школярів – катастрофічно на низькому рівні. Результати чисельних наукових досліджень засвідчують, що в школярів, особливо старшої школи, спостерігається зниження рухової активності, а великий обсяг навчального навантаження учнів старших класів призводить до систематичного накопичення втоми, що негативно відбивається на загальному стані їхнього здоров'я та зниженню розумової працездатності [2; 3; 4; 5]. Ситуацію ускладнює і впровадження карантинних заходів у зв'язку із складною епідеміологічною ситуацією та поширенням Covid 19, що спричинили вимушену ізоляцію, навчання у дистанційному режимі, довготривале перебування школярів у статичному положенні та збільшення часу проведеного біля моніторів комп'ютера або телефона, під час дистанційного навчання, а значить й значне зменшення рухової активності школярів.

Вчений Мунтян В.С. [7], наголошує, що «... проблемність існуючої ситуації посилюють близькість відвертого провалу освітнього процесу на уроках фізичної культури у дистанційному форматі і, як наслідок, прогнозовані негативні наслідки погіршення загального стану здоров'я школярів». На думку вченого – «дистанційні уроки фізичної культури зазнають значну кількість перешкод та заважають учням системно отримувати відповідні віку і рівню підготовленості необхідні фізичні навантаження у спортивній залі»

Провідними науковцями Булич Е.Г.(1989), Галайтатий Г.В. (1997), Євстратов П.І. (2000–2014), Калиниченко І.О. (2013), Кузнєцовою О.Т та Куць О.С. (2005), Круцевич Т.Ю., Пангеловою Н.С.(2014) та інш. доведено,

взаємозв'язок рухової активності, рівня здоров'я, фізичної та розумової працездатності. Рухова активність значною мірою сприяє зменшенню негативного впливу на організм школяра навколишнього середовища, підвищенню стресостійкості та відволікає від асоціальної поведінки. Від режиму рухової діяльності залежить розвиток фізичних якостей, стан здоров'я, працездатність організму та успішність засвоєння навчального матеріалу [2; 3; 4]. Розумова працездатність школяра змінюється протягом дня, тижня і року. У школярів з порушенням розумової працездатності відзначаються коливання настрою від примхливості, нестійкості, розхристаною активності до млявості, загальмованості і пасивності [12].

Досліджуючи залежність розумової працездатності учнів від організації режиму дня, вчені дійшли висновку, що розумова працездатність учнів залежить від шкільних та позашкільних чинників, окрім кількості уроків на тиждень, важкості навчальних предметів, важливу роль відіграє – рухова активність [2]. Саме «раціональна рухова активність є фактором підвищення розумової працездатності школярів» [7].

Таким чином, достатній рівень рухової активності є важливим фактором підвищення розумової працездатності школярів, означена проблема є досить актуальною, особливо під час карантинних обмежень та навчання школярів у дистанційному режимі, коли рухова активність з об'єктивних причин знижується. Вважаємо, що перспективними дослідження визначення розумової працездатності школярів з різним рівнем рухової активності, а також визначення рівня розумової

працездатності під час навчально-виховного процесу школярів у дистанційному режимі.

Список літератури

1. Гозак С.В, Єлізарова О.Т., Шумак О.В., Філоненко О.О. Залежність розумової працездатності учнів середнього шкільного віку від організації режиму дня. «Молодий вчений». № 9.1 (36.1) 2016 р. С. 50–53.
2. Доцюк Л.Г. Вплив занять фізичною культурою на показники розумової працездатності школярів. Матеріали наук.-прак. конф. «Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини у сучасному суспільстві». Чернівці, 2014 р. С. 147–148.
3. Корінчик Л. Вплив фізичних навантажень на розумову і серцеву діяльність молоді. Спортивний вісник Придніпров'я : Науково-теоретичний журнал. 2004. № 7. С. 147–149.
4. Круцевич Т., Пангелоава Н. Раціональна рухова активність як фактор підвищення розумової працездатності школярів. Спортивний вісник Придніпров'я. 2014. №. 2. С. 73–76.
5. Круцевич Т.Ю. Теорія і методика фізичного виховання : підруч. : у 2-х т. Т. 2 : Методика фізичного виховання різних груп населення. К. : Олімпійська література, 2008. 367 с.
6. Курцевич Т. Ю., Воробйов М. І., Безверхня Г. В. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків та молоді : навч. посіб. К. : Олімп. літ., 2011. 224 с.
7. Мунтян В.С. Імплементация дистанційного навчання як умова підвищення ефективності фізичного виховання. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Випуск 3К 2 (71). 2016. С. 212–215.
8. Мухіна В.С. Вікова психологія. Феноменологія розвитку: підручник для студ. вищ. навч. закладів. М. : Видавничий центр «Академія. 2006.

ДО ПИТАНЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

Катерина ЦИВКА

здобувачка

першого рівня вищої освіти за спеціальністю

227 Фізична терапія, ерготерапія

Бердянський державний педагогічний університет

Дегенеративно-деструктивні ураження хребта належать до числа серйозних і складних проблем медицини, які важко піддаються вирішенню [3]. За розповсюдженістю ця патологія є провідною у структурі неврологічної захворюваності населення (70–80%) Клінічною формою дегенеративно-дистрофічного ураження хребта є остеохондроз, який часто стає причиною тимчасової втрати працездатності та інвалідності. За даними статистики міністерства охорони здоров'я України серед причин інвалідності внаслідок захворювань і травм опорно-рухового апарату остеохондроз хребта становить 2,91%, а первинна інвалідність – 1,5 на 100 тис. населення.

Багато наукових праць присвячено питанням діагностики та лікування цієї тяжкої форми ураження хребта [1, 2]. Водночас, попри серйозний розвиток науково-практичних досліджень в напрямку пошуку медикаментозних засобів консервативного лікування остеохондрозу хребта, які не завжди мають очікуваний результат, актуальним залишається питання відновного лікування, істотними складовими якого є

засоби фізичної реабілітації [3, 5]: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, методи фізіотерапії, механотерапія.

Остеохондроз – це дегенеративно-дистрофічне ураження міжхребцевого диску, при якому процес найчастіше починається в пульпозному ядрі й поступово переходить на всі елементи диску, поширюючись далі на тіла суміжних хребців, міжхребцеві суглоби й зв'язковий апарат. За локалізацією найчастіше діагностується поперековий остеохондроз – понад 50% випадків. Ознаками хвороби є постійний біль у ділянці попереку й у ногах, що виникають при різких рухах тулуба, підніманні ваги чи тривалій незручній позі, обмеження рухів у попереково-крижовому відділі, порушення ходьби. Біль змушує хворих шукати й знаходити протибольові (анталгічні) пози. На другому плані після болю серед клінічних проявів попереково-крижового остеохондрозу стоять розлади чутливості й рухові порушення. Сьогодні все частіше в комплексному лікуванні остеохондрозу віддають перевагу комбінованому використанню патогенетично обґрунтованих засобів фізичної реабілітації, відмінною особливістю яких є фізіологічність, відсутність алергічних реакцій, можливість впливати на більшість ланок патогенезу захворювання і органічно поєднуватися з іншими лікувальними факторами.

Загальновідомо, що одним із основних методів активної функціональної терапії і самостійно, і в комплексі з іншими засобами фізичної реабілітації, що позитивно впливають на результати лікування, є лікувальна фізична культура, завдання якої при остеохондрозі хребта полягає у розвантаженні ураженої ділянки хребта і збільшенні відстані між окремими хребцями; розслабленні м'язів спини та шиї; зменшенні тиску на корінці спинномозкових нервів і тим самим зменшенні болю; покращенні крово- та лімфообігу в уражених сегментах, попередженні спайкових процесів.

Сучасними дослідженнями, наразі доведено, саме ефективність застосування малоамплітудних вправ на профілакторі Євмінова [4] для відновлення міжхребцевих дисків при остеохондрозі шийного, грудного та поперекового відділів хребта. Методика Євмінова схвалена МОЗ, Академією медичних наук України та рекомендована для використання у лікувально-профілактичних закладах різного профілю, спортивних та тренувальних залах, на виробництві та вдома. Заняття з Методики Євмінова запускають механізми відновлення структур хребта та дозволяють полегшити стан пацієнта з остеохондрозом хребта у будь-якому віці.

Методика Євмінова заснована на поєднанні дозованого витягування (розвантаження) хребта та одночасного спрямованого тренінгу глибоких (коротких) м'язів спини.

Основні етапи реабілітації на профілакторі Євмінова:

1. Міорелаксація. Основне його завдання – зняти загострення, позбавити людину болю, усунути м'язовий спазм, покращити живлення міжхребцевих дисків і розвантажити глибокі м'язи спини щоб перерозподілити навантаження на міжхребцеві диски.

2. Міотонізація. На цьому етапі особлива увага приділяється зміцненню зв'язок і м'язів, що утримують хребетний стовп, щоб він міг вільно переносити щоденні навантаження, що виникають у процесі життєдіяльності людини.

3. Підтримуючий. Його метою є підтримка хребта в хорошому функціональному стані та уповільнення процесів старіння та зносу міжхребцевих дисків.

На основі Методики Євмінова розроблено безліч різних лікувальних, оздоровчих та профілактичних програм, призначених для реабілітації та профілактики захворювань хребта на різних стадіях та у різні вікові періоди.

Список літератури:

1. Жук П.М. Остеохондроз позвоночника. Лечение и профилактика: [практич. пособ.] / П.М. Жук, И.Н. Стельмах, А.З. Нычик. К.: Книга плюс, 2010. 140 с.
2. Закаляк Н.Р. Аспекти оздоровчого впливу фізичної культури на студентів із остеохондрозом хребта. Слобожанський науково-спортивний вісник. Харків: ХДАФК, 2014. № 1(39). С. 43–47.
3. Корнацький В.М. Хвороби кістково-м'язової системи: стан проблеми в Україні та Європі // Укр. мед. часоп. 2001. № 4. С. 139 –141.
4. Кульченко І.А. Застосування малоамплітудних вправ у поєднанні з розвантаженням хребта у фізичній реабілітації хворих на поперековий остеохондроз: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03. НУФВСУ. К., 2005. 25 с.
5. Осіпов В. М. Комплексна фізична реабілітація чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання та спорту: 24.00.03. Львів, 2010. 20 с.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Екатерина ШАПОШНИКОВА

магистрант кафедры спортивной, физической и реабилитационной медицины, физической терапии, эрготерапии,

Харьковский Национальный Медицинский Университет

Алина КАЛЮЖКА

к.мед.н., доцент,

доцент кафедры спортивной, физической и реабилитационной
медицины, физической терапии, эрготерапии,

Харьковский Национальный Медицинский Университет

Виктория ДАНИЛОВА

к. мед.н., доцент

доцент кафедры детской хирургии и детской анестезиологии,

Харьковский Национальный Медицинский Университет

Нормобарическая гипоксическая терапия (НГТ) – метод, основанный на использовании факторов естественного горного климата, в первую очередь, низкого содержания кислорода во вдыхаемом воздухе [6]. НГТ широко используется в лечебной практике в Украине для терапии различных заболеваний [4]. Вместе с тем, у беременных он применяется лишь для лечения гестозов. Мы изучали влияние НГТ на беременных с хронической плацентарной недостаточностью (ХПН), которая в настоящее время является частым осложнением беременности. Использовали методику Гаркави Л.Х. и соавт. (1990) [1].

Под нашим наблюдением были 82 женщины с ХПН, в возрасте 18-25 лет, находившихся на реабилитации в санатории «Высокий». Срок гестации составлял от 16 до 34 недель. У пациенток имела место как акушерская так и экстрагенитальная патология.

До начала лечения у всех беременных с ХПН мы определяли типы адаптационных реакций. В состоянии «хронический стресс» находилось (11 ± 4 %) пациенток первой и 4 (14 ± 7%) беременных второй группы, ($p > 0,05$). Реакция «тренировки» отмечалась у 41 (77 ± 6%) и у 19 (68 ± 9%), соответственно ($p > 0,05$). Реакция «активации» наблюдалась у 8 (15 ± 5%) беременных первой и 5 (18 ± 7 %) второй группы, ($p > 0,05$).

Лечение НГТ проводилось с помощью аэротерапевтической установки «БОРЕЙ- 2», которая позволяет поддерживать концентрацию кислорода во вдыхаемой гипоксической смеси от 16% до 10%. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур по разработанной нами методике[2,3].

Лечение оказывало благоприятное действие на адаптационные механизмы у беременных. Включение НГТ в лечебный комплекс наряду с положительным влиянием на изменения клинических показателей воздействует на их общую неспецифическую резистентность. Это подтверждается увеличением количества обследованных с физиологической реакцией активации, что свидетельствует о повышении физиологических мер защиты. Данные катамнеза показали, что роды у пациенток проходили без особенностей, а течение послеродового периода было гладким.

Список литературы

1. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова Н.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов-на Дону, 1990.- 222 с.

2. Калюжка А.А. Фізичні фактори на санаторному етапі реабілітації вагітних з супутньою патологією.// Мат. конф. “Актуальні аспекти сан.-курорт. Реабілітації” Збірник наук. Статей, присвячених 140-річчю кур. “Бер.мін.води”. Харків, 2000. - 80 с.

3. Калюжка А.А. Нормобарична гіпоксична терапія в етапному

відновлювальному лікуванні вагітних з хронічною плацентарною недостатністю : Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, Харків, 2002. - 21 с.

4.Караш Ю.М., Стрелков Р.Б., Чижов А.Я. Нормобарическая гипоксическая терапия в лечении, профилактике, реабилитации. - М.: Медицина, 1988. – 258 с.

5.Применение нормобарической гипоксической терапии в условиях поликлиники: (Метод. рекомендации) / Сост.: Л.Я. Васильева-Линецкая, А.А. Калюжка, Н.Ю. Манойленко, В.А.Андреев. Харьков, 2000. – 15 с.

6.Стрелков Р.Б. Перспективы применения метода прерывистой нормобарической гипоксической стимуляции (гипокситерапия в медицинской практике) // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. - 1997.- № 6.- С. 37-40.

СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА В УКРАЇНІ

Юлія ШЕВЧЕНКО

здобувач освіти 1 курсу СВО магістра,

ВДПУ імені М. Коцюбинського

Віктор МОСКАЛЕЦЬ

здобувач освіти 1 курсу СВО магістра

Вінницький державний педагогічний університет ім. М. Коцюбинського

Ірина ШЕВЧЕНКО

здобувач освіти 4 курсу СВО бакалавра,
Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди

За даними інституту когнітивного моделювання на замовлення ukriiform.ua, станом на січень-листопад 2021 року в Україні сталося 649 999 смертельних випадків внаслідок хвороб, з них 274 223 були спричинені різноманітними формами ішемічної хвороби серця [2], що складає 42,19% від загальної цифри. Тому проблема попередження, вчасного надання медичних послуг та кардіореабілітації пацієнтів з інфарктом міокарда стоїть надзвичайно гостро і потребує всебічного розгляду.

Інфаркт міокарда (ІМ) – це окремі осередки змертвіння в серцевому м'язі внаслідок гострої недостатності його кровопостачання, що виникає в результаті невідповідності коронарного кровообігу запитам міокарда [1, с. 112]. Великий ризик розвитку ІМ при наявності нестабільних (прогресуючих) форм стенокардії. Найчастіше він буває спричинений поєднанням двох факторів – атеросклерозу вінцевих судин і функціонального порушення коронарного кровообігу [1, с. 113-114]. Небезпечний ІМ своїми ускладненнями – порушенням провідності і ритму серця, кардіогенним шоком, гострою серцевою недостатністю, розривом серця, які можуть розвинути досить швидко, тому називаються ранніми. До пізніх ускладнень відносять – аневризму серця і тромбоемболію [1, с. 119].

На сьогодні, міністерством охорони здоров'я та редколегією розроблено уніфіковані протоколи щодо надання медичних та реабілітаційних послуг після перенесеного інфаркту міокарда [3; 6]. Також станом на 2021 рік у бюджеті збільшили базову ставку на лікування інфаркту міокарда до 37 028 грн. на 1 людину [5].

В Україні на сьогодні процес кардіореабілітації при ІМ складається з двох послідовних періодів, які мають певну структуру (рис. 1) [1, с. 120].

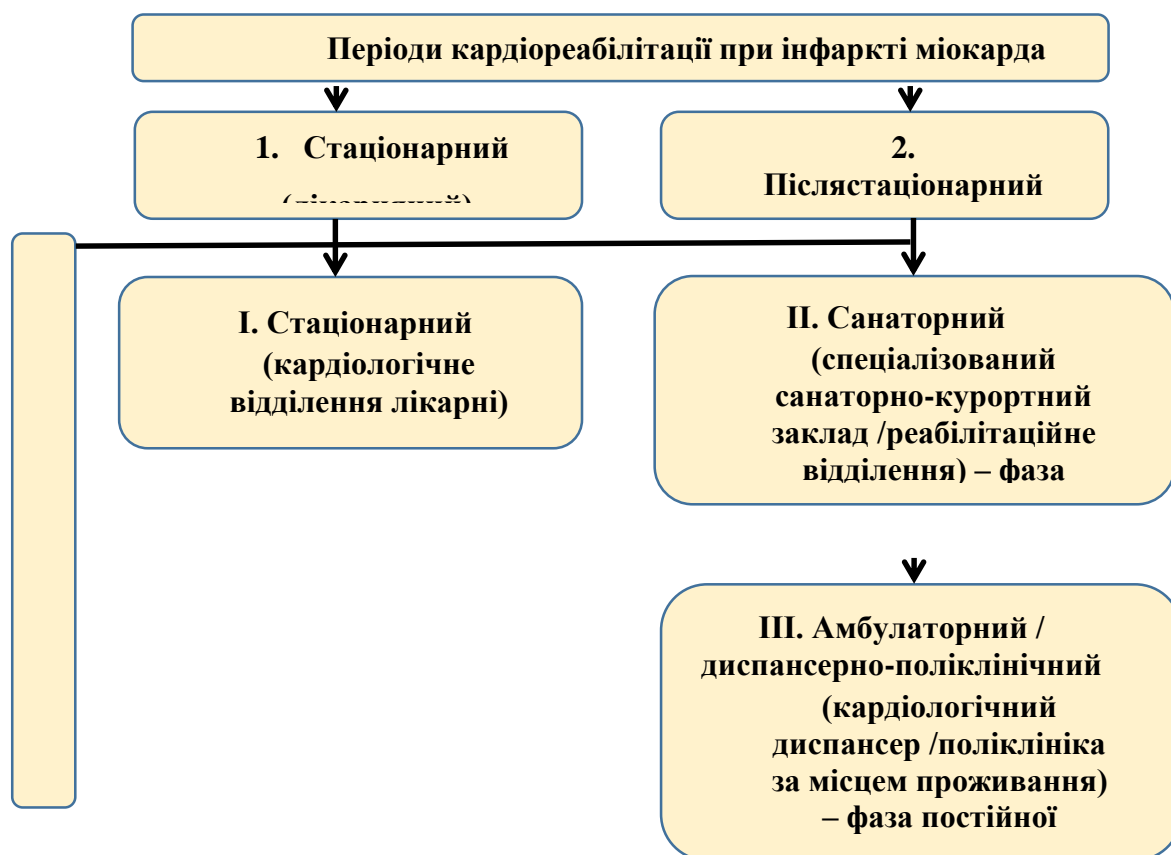


Рис.1. Структура кардіореабілітації при інфаркті міокарда.

Згідно статті 5 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», загальними принципами проведення реабілітації виступають – пацієнтоцентричність, цілеспрямованість, своєчасність, послідовність, безперервність, функціональна спрямованість [4]. Індивідуальний реабілітаційний план розробляється та узгоджується

мультидисциплінарною реабілітаційною командою строго індивідуально для кожного хворого на кожному етапі кардіореабілітації. Реабілітація розпочинається з проведення реабілітаційного обстеження хворого кожним членом мультидисциплінарної реабілітаційної команди (клінічна оцінка стану пацієнта), визначення наявності або ризику виникнення обмеження повсякденного функціонування (віднесення пацієнта до одного з чотирьох реабілітаційних функціональних класів) [1; 4].

Після затвердження індивідуального реабілітаційного плану, за результатами реабілітаційного обстеження фізичний терапевт, як і кожен фахівець з реабілітаційної команди, самостійно складає власну програму терапії, реалізує та оцінює її ефективність. [4.]. Основою програми фізичної терапії при ІМ є руховий режим, лікувальна фізична культура і масаж [1, с. 123]

Оцінка реабілітаційного процесу проводиться на кожному етапі кардіореабілітації методами поточного та етапного контролю. Постійний контроль за функціональним станом пацієнта дозволяє забезпечувати адекватне розширення рухового режиму відповідно до коронарного резерву та фізичної працездатності хворого.

Отже, процес фізичної реабілітації після перенесеного інфаркту міокарда довготривалий і працемісткий. На кожному з етапів пацієнт стикається з певними викликами та труднощами як фізичного, так і психологічного характеру. Тому, нам, фізичним терапевтам, необхідно докладати максимум зусиль, задля досягнення пацієнтом максимально кращих результатів. Адже він проходить реабілітацію для того, щоб дозволити собі те, що без реабілітації зробити не міг.

Список літератури

1. Григус І.М., Брега Л. Б. Фізична терапія в кардіології: навчальний посібник. Рівне : НУВГП, 2018. – 268 с. URL: <http://surl.li/axdrr>

2. Найпоширеніші причини смертності в Україні за 2021 рік. ukraineform.ua. URL: <https://images.app.goo.gl/GSoctLAVGphreuRR8>

3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST: *Наказ МОЗ України* від 02.07.2014р. №455. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0455282-14#Text>

4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 15.12.2021 р. № 1962-IX. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2021, № 8, ст.59.

5. У бюджетному запиті на 2021 рік МОЗ збільшило витрати на лікування інфаркту міокарда. ukraineform.ua: [сайт]. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/u-bjudzhetnomu-zapiti-na-2021-rik-moz-zbilshilo-vitrati-na-likuvannja-infarktu-miokarda>

6. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (УКПМД) «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST». URL: <http://surl.li/beweq>

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ ПОЛІСТРУКТУРНИХ ПОРАНЕННЯХ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Наталія ШЕСТОПАЛ

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

Тимофій САФРОНОВ

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

Вступ. Через військові дії на сході України зростає кількість потерпілих. За підрахунками УВКПЛ ООН, загальна кількість людських втрат, пов'язаних з конфліктом в Україні (з 14 квітня 2014 року по 31 січня 2021 року), становить 42000-44000: 13100-13300 загиблих (щонайменше 3375 цивільних осіб, приблизно 4150 українських військових та приблизно 5700 членів озброєних груп); та 29500–33500 поранених (7000-9000 цивільних осіб, 9700-10700 українських військових та 12700-13700 членів озброєних груп) [9]. Тому існує актуальне питання щодо реабілітації потерпілих військових після вогнепальних уражень [10].

Після оперативних втручань, які є необхідними в разі отримання поліструктурного поранення, можлива тривала іммобілізація, внаслідок якої відбуваються структурні зміни і стійка контрактура [4]. Крім того, тривалий вплив психологічного навантаження та значний обсяг ушкоджень різних структур верхньої кінцівки, у більшості випадків впливають на загальний та емоційний стан потерпілого. Проблема полягає в тому, що у кожного військового різний рівень психоемоційної здатності до реабілітаційних втручань і це має значний вплив на результативність цих втручань [2].

Мета дослідження- теоретично обґрунтувати вплив фізичної терапії на психологічний стан військовослужбовців при поліструктурних пораненнях верхньої кінцівки

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, моніторинг інформаційних ресурсів мережі Інтернет, аналіз зарубіжного і вітчизняного досвіду.

Результати дослідження. Перебуваючи у небезпечній бойовій обстановці, усі без винятку військовослужбовці переживають стрес [1]. Визначальними психотравмуючими чинниками бойової діяльності вчені [7] виділяють: усвідомлене відчуття загрози власному життю, поранення, біль, інвалідність. Дослідження передового досвіду організації фізичного відновлення у арміях провідних країн-членів НАТО (США, Німеччини та Франції), свідчить, що після впливу фізичного та психічного стресу, отриманого під час бойових дій, військовим необхідне психоемоційне розвантаження. Хоча у багатьох досягається стресостійкість і вдосконалення тих якостей, від яких залежить ефективність сучасної військово-професійної (бойової) діяльності [3]. Втрата самостійності і незалежності, в результаті отриманих травм, часто призводить до розладів психіки військових, депресивних станів. Засоби фізичної терапії забезпечують відновлення не лише фізичної, але й психічної природи людини, тобто дозволяють значно покращувати усі складові морально-психологічної готовності бійців [6]. Тому для військовослужбовців має велике значення працездатність верхньої кінцівки як для використання в побутових навиках, так і виконання різних видів військових обов'язків [5]. Отже, реабілітація при вогнепальних пораненнях верхньої кінцівки - це складний процес, спрямований на відновлення не тільки функціонального стану опорно-рухового апарату, а і забезпечення покращення якості життя осіб із вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки. А саме для відновлення військовослужбовців після поранення доцільно використання біопсихосоціальної моделі, яка передбачає індивідуальний підхід до кожного окремого випадку та надання

комплексних заходів допомоги за умови спільної роботи команди фахівців, заснованої на принципах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), яка допомагає вивчати різні аспекти реабілітації [8].

Висновки. У доступній літературі роботи, які присвячені впливу фізичної терапії на психологічний стан осіб при поліструктурних ураженнях верхніх кінцівок мають поодинокий характер. Дослідження дало змогу теоретично обґрунтувати вплив фізичної терапії на психологічний стан пацієнтів з даною патологією, що сприятиме підвищенню якості життя поранених. Тож організація комплексних заходів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок вогнепальних поранень сьогодні входить до основних пріоритетів державної системи охорони здоров'я.

Список літератури

1. Морально-психологічне забезпечення у Збройних Силах України: підручник: у 2 ч. Ч.1. / колектив авторів; за заг. ред.. В. В. Стасюка. К.: НУОУ, 2012. 682 с.
2. Медицинская реабилитация: Учебник для студентов и врачей/ Под общ. ред. В.Н.Сокрута. Н.И.Яблучанского. - Славянск: «Ваш имидж», 2015. 576 с.
3. Одеров А., Шлямар І., Балдецький А. Система перевірки та оцінювання фізичної підготовленості військовослужбовців Збройних Сил іноземних держав // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Євгена Приступи. Львів, 2013. Вип. 17, т. 2. С. 109–113.
4. Олекса А. П. Ортопедія. Тернопіль : ТДМУ, 2006. 528 с.
5. Фізичне виховання у військових підрозділах: навч. посібник / С. В. Романчук та ін.; за ред. Г. П. Грибана. Львів, 2014. 540 с.

6. Ягупов В. В. Військова й соціальна психологія: навч. посіб. К.:Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2000. 522с.

7. Kyrolainen, H., Pihlainen, K., Vaara, J. P., Ojanen, T., Santtila, M. (2018). Optimizing training adaptations and performance in military environment. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21(11), 1131-1138. doi:10.1016/j.jsams.2017.11.019

8. Lane RD. Is it possible to bridge the Biopsychosocial and Biomedical models? *Biopsychosoc Med* 2014; 8:3.

9. UN News. Global perspective Human stories. URL: <https://news.un.org/en/story/2017/06/559322-conflict-ukraine-enters-fourth-year-no-end-sight-un-report>

10. URL: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/hno_2021-eng_-_2021-02-09.pdf

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У СПОРТСМЕНІВ

Сергій ШУПЕР

к. мед. н., асистент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та
домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича

Віра ШУПЕР

к. мед. н., доцент кафедри внутрішньої медицини, клінічної
фармакології та професійних хвороб,

Вступ. Бронхіальна астма – хвороба цивілізації, пов’язана з урбанізацією суспільства і хімізацією сільського господарства. Велику роль у виникненні захворювання відіграє спадковість. Поширеність бронхіальної астми (БА) зростає з року в рік у більшості країн світу, призводячи до значних збитків не лише в плані вартості лікування та медичних послуг, а й до втрати продуктивності та зниження участі у сімейному житті та спорті [4]. Для деяких пацієнтів з БА, особливо тих, хто займається спортом, фізичне навантаження є важливим, а іноді і єдиним чинником, що спричинює загострення цього захворювання. Якщо бронхоспазм, що виник внаслідок фізичного навантаження, самостійно ліквідується через 35–40 хв, то подібна клінічна ситуація носить назву бронхіальної астми фізичної напруги (БАФН, або бронхіальної астми фізичного зусилля–БАФЗ, або exercise-induced asthma – EIA), розвиток якої є особливо актуальним для висококласних спортсменів, що займаються бігом, плаванням, лижними, велосипедними гонками [2].

Основна частина. БАФН є одним з проявів гіперчутливості дихальних шляхів до різноманітних тригерних факторів і традиційно служить індикатором втрати контролю над перебігом БА. Діагноз БАФН повинен ґрунтуватися на даних анамнезу, клінічного обстеження, дослідженні функції зовнішнього дихання (ФЗД), виявленні оборотності обструкції дихальних шляхів та проведенні провокаційних тестів з фізичним навантаженням і такими препаратами, як гістамін, метахолін, бронходилататори [1, с. 12].

Тип фізичного навантаження і атопія є одними з основних факторів ризику виникнення ГРБ. В основі патогенезу БАФН і БСФН лежать енергетичні витрати дихальної системи на нагрівання і зволоження повітряного потоку. У спортсменів існує низка загальних

факторів ризику розвитку гіперреактивності бронхів: індуковане фізичним навантаженням прискорене дихання (гіперпноє) і обумовлена цим інтенсивніша дія аероалергенів, пилових частинок і газів; індуковане навантаженням зневоднення, пов'язане з необхідністю кондиціонування великих об'ємів холодного і сухого повітря; індукована навантаженням імуносупресія, яка обумовлює підвищену чутливість організму спортсменів до розвитку інфекцій респіраторного тракту [3, с. 369].

Правильне лікування БАФН і профілактика розвитку бронхоконстрикції дають змогу пацієнтам з БА не лише добре переносити фізичні навантаження, але й домагатися високих досягнень у різних видах спорту. Стратегією лікування бронхіальної астми є переведення її в сферу амбулаторної медицини. Постійне базисне лікування призводить до того, що кількість загострень стає меншим, знижується смертність від астми, хворі досягають високого ступеня контролю над захворюванням, і якість життя пацієнтів не відрізняється від якості життя здорової людини [4].

Безальтернативною основою лікування захворювання на сьогоднішній день є застосування інгаляційних кортикостероїдів в якості базисної терапії. Загальні заходи припускають забезпечення раціонального режиму фізичної активності, оскільки тренування і адекватне підвищення температури і вологості навколишнього середовища знижують частоту і тяжкість БСФН. Корисним може бути вдихання теплого повітря протягом завершальних 10 хв. тренування. При холодній погоді рекомендується дихати через прикриті шарфом рот і ніс, проводити по можливості заняття в теплому приміщенні з достатньою вологістю, використовувати дозволені спортсменам до застосування

лікарські препарати для оптимального контролю БА. Великі змагання повинні проводитися зі зменшенням в навколишньому середовищі рівня іритантів, наприклад, дрібних частинок і діоксиду азоту в льодових палацах для хокею з шайбою або парів хлору в плавальних басейнах. Спортсменам, зайнятим зимовими видами спорту, можуть допомогти спеціальні пристрої, що поліпшують теплообмін повітряних мас, а при заняттях спортом влітку можна використовувати спеціальні маски, що перешкоджають проникненню алергенів [2, с. 56].

Таким чином, наявність БА у спортсменів на сьогодні не є вироком і протипоказанням для професійного заняття спортом. Навпаки, для значної частини з них це може бути певним викликом, а правильне лікування та адекватна фізична терапія допоможе отримати контроль над хворобою, що стане чи не найважливішою перемогою у житті.

Список літератури

1. Григус І.М. Методологічні аспекти розробки режимів фізичної активності реабілітації хворих на бронхіальну астму: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. мед. наук: 14.03.33 “Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія / І. М. Григус. – Ялта, 2010. – 35 с.

2. Зайков С.В. Бронхіальна астма та спорт: виклик чи вирок? / С.В. Зайков // Астма та алергія. – 2017. - № 4. – С. 54-56.

3. Полатайко Ю. Вплив фізичного навантаження максимальної потужності на реактивність кардіореспіраторної системи спортсменів / Юрій Полатайко // Фізичне виховання, спорт, культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. праць. – Луцьк, 2012. – Т. 3 – С. 367-372.

4. Фещенко Ю.І. Нові підходи покращення лікування бронхіальної астми у світовій практиці / Ю. І. Фещенко та ін. // Астма та алергія. - 2019. - № 4. - С. 56–58.

РОЗДІЛ 4. ПЕРСПЕКТИВИ ЯКІСНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

ЗАГАЛЬНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ КИЛИ МІЖХРЕБЦЕВОГО ДИСКУ В ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Діана БЕРЕЖНА

здобувач вищої освіти, 3 курсу,
ступеня вищої освіти «бакалавр»,
спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія,

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

Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта (ДДЗХ) - група хронічних захворювань, що характеризуються прогресуючими змінами міжхребцевих дисків, суглобів, зв'язкового апарату і кісткової тканини хребта. ДДЗХ більш ніж в 30% випадків призводять до тимчасової втрати працездатності і займають перше місце в якості причини первинної інвалідності в групі захворювань опорно-рухового апарату. Важливим є і

те, що ця патологія хребта широко поширена серед осіб працездатного віку, а пік захворюваності доводиться на вік 45-50 років.

Крайнім проявом процесу дегенерації є виникнення грижі диска, яка являє собою проникнення фрагментів або більшої частини пульпозного ядра через дифузний розрив фіброзного кільця за його межі або через пошкоджену гіалінову пластинку в тіло хребця [3, с. 236].

Клінічні прояви кили міжхребцевого диску безпосередньо пов'язані з особливостями етіопатогенезу і локалізацією грижі. Проте корінцеві синдроми являються одними з основних клінічних проявів кили міжхребцевого диску.

При утворенні кили міжхребцевого диску в попереко-крижовому відділі хребта топологічно виділяють такі корінцеві синдроми :

- синдром корінця L4 (L3-L4), який проявляється іррадіацією болю у передньо-внутрішні відділи стегна та гомілки, внутрішню поверхню кісточки, а також на передній поверхні стегна, слабкістю чотириголового м'яза, зниженням колінного рефлексу;

- синдром корінця L5 (L4-L5) - проявляється іррадіацією болю з сідничної області в зовнішню поверхню стегна і гомілки, (іноді поширенням на тильну стопону стопи та I–III пальці), явищами гіпостезії у цій же зоні;

- синдром корінця S1 (L5-S1) - проявляється іррадіацією болю з середньої сідничної області в задньо-зовнішню або задню поверхню стегна, гомілки, в п'яту (з переходом на зовнішній край стопи й IV-V пальці), гіпостезією у зовнішніх відділах гомілки та стопи, гіпотрофією великого сідничного та литкового м'язів, а також зниженням або відсутністю ахіллового та підшовного рефлексів [4, с. 106].

Больовий синдром, рухові та чутливі розлади, а також психоемоційні порушення при килах міжхребцевого диску в попереко-крижовому відділі хребта знижують соціальну адаптацію пацієнтів і

призводять до зниження якості їхнього життя, погіршення фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування. Враховуючи широку поширеність, поліетіологічність, багатофакторність патогенезу та високе медико-соціальне значення ДДЗХ, лікування та реабілітація даної категорії пацієнтів залишаються одними з пріоритетних напрямів [3, с. 244].

Згідно з сучасними рекомендаціями після виписки зі стаціонару пацієнтам показано дотримання встановленого рухового режиму. Руховий режим включає обмеження положення сидячи з прямою спиною, заборона підйому великого вантажу, скручування та нахили, а також обов'язкове носіння поперекового напівжорсткого знімного ортопедичного корсета протягом одного місяця [1, с. 162].

Важливим елементом відновного лікування після декомпресійних операцій на хребті є заняття терапевтичними вправами. Позитивний ефект від дозованих фізичних вправ обумовлений покращенням мікроциркуляції в зоні оперованого сегмента, зміною метаболізму, відновленням функціональних порушень та рухового стереотипу. Значущість терапевтичних вправ та необхідність їх застосування обумовлена також розвитком міотонічних реакцій та пов'язаних з ними функціональних блокад попереково-крижовому відділі хребта, що виникають на фоні тривалого больового синдрому у пацієнтів з килами міжхребцевого диску в попереково-крижовому відділі хребта у доопераційному періоді [2, с. 328].

Застосування терапевтичних вправ рекомендують починати максимально рано – від 4-6 годин до 3-5 діб з моменту оперативного

втручання. Комплекс терапевтичних вправ повинен включати аеробні та динамічні вправи для стабілізації, а також вправи, спрямовані на підвищення витривалості м'язів-антагоністів попереково-крижового відділу хребта, м'язів передньої черевної стінки й нижніх кінцівок. Корекція м'язового тону повинна досягатися шляхом застосування методик релаксації [4, с. 178].

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.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ТА ЗМІСТ ДИСЦИПЛІНИ «ОСНОВИ ГІМНАСТИКИ» ДЛЯ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ»

Олена ГАУРЯК

к. пед. н., доцент,

Доцент кафедри фізичної культури та основ здоров'я,
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

Внаслідок стрімкого зниження рівня здоров'я населення України, збільшується кількість осіб які потребують якісної реабілітації та відновлення. Тому особливої актуалізації набувають питання, пов'язані з професійною підготовкою майбутніх фахівців з фізичної реабілітації у закладах вищої освіти.

В сучасних наукових дослідження йдеться про те, що фахівець з фізичної реабілітації – це член реабілітаційної команди, який складає та виконує реабілітаційні програми за допомоги проведення фізичних вправ. Його професійна діяльність спрямована на функціональне відновлення організму [1], а отже, фахівець з фізичної реабілітації повинен володіти знаннями, вміннями і навичками, необхідними для здійснення фахової діяльності з метою реалізації та корекції програми фізичної терапії чи ерготерапії, покращення функціональних можливостей, здоров'я, адаптації до оточуючих умов осіб різного віку [2].

Освітній компонент (дисципліна) «Основи гімнастики» є дисципліною нормативної частини для спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти, що спрямована на формування визначених освітньо-професійною програмою загальних та фахових професійних компетенцій та входить до обов'язкового циклу професійної підготовки зазначеної спеціальності. Метою вивчення даної дисципліни є формування системи знань, умінь і

навичок необхідних для професійної діяльності фізичного терапевта з метою використання засобів гімнастики в професійній діяльності.

Загальний обсяг курсу «Основи гімнастики» для студентів денної форми навчання становить 150 годин/5 кредитів. Навчальна робота проводиться у формі лекційних (15 годин), практичних занять (30 годин) та самостійної роботи (105 годин) та передбачає оволодіння студентами термінологією; основами методики проведення та особливостями застосування засобів гімнастики в професійній діяльності; оволодіння базовим рівнем фізичної підготовки; оволодіння технікою виконання та методикою проведення простих гімнастичних вправ та особливостями їх застосування в процесі реабілітації; формування й вдосконалення професійних навичок і вмінь із застосування засобів гімнастики в професійній діяльності.

На лекційних заняттях студенти отримують основний інформаційний матеріал з питань місця і значення гімнастики в системі фізичного виховання та реабілітації, відомості про класифікацію видів гімнастики та з історії розвитку гімнастики; знання з гімнастичної термінологія та її значення й вимог до використання, а також про відомості про заходи попередження травматизму на заняттях гімнастикою. В ході практичних занять студенти здобувають навички та вміння з методики проведення загально-розвиваючих вправ; різновидів ходьби та стройових вправ; особливостей застосування прикладних вправ та оздоровчих видів гімнастики; різновиді та особливостей застосування акробатичних вправ й вправ на гімнастичних приладах і тренажерах.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен знати методичні особливості застосування засобів гімнастики та проведення оздоровчих видів гімнастики в професійній діяльності та вміти проводити стройові вправи, загально-розвиваючі вправи з предметами та без предметів, в різних вихідних положеннях, біля

гімнастичної стінки; вміти проводити різновиди прикладних вправ; вміти проводити заняття з оздоровчих видів гімнастики; володіти навичками допомоги і страхування під час виконання простих гімнастичних вправ; вміти розробити та записати план-конспект загально-розвиваючих вправ (з предметами та без предметів); розробити та записати план-конспект ранкової гімнастики; вміти надавати першу допомогу при травмах та ушкодженнях на заняттях з гімнастики.

Для активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів використовуються індивідуальні та групові консультації, дискусії, робота в групах; використовуються наочні методи навчання (ілюстрування, демонстрування, показ) та проблемно-пошукові, що сприяють зв'язкам теорії з практикою, формують у студентів навички використання гімнастичних приладів та інвентарю, вчать аналізувати. З метою формування професійних компетенцій широко використовуються інноваційні методи навчання (лекції-презентації, відео-матеріали), що забезпечують комплексне оновлення традиційного педагогічного процесу.

Курс «Основи гімнастики» сприяє формуванню як загальних так і спеціальних компетентностей, а саме – здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях; здатність провадити безпечну для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у травматології та ортопедії, неврології та нейрохірургії, кардіології та пульмонології, а також інших областях медицини та здатність допомогти пацієнту/клієнту зрозуміти власні потреби,

обговорювати та пояснювати зміст і необхідність виконання програми фізичної терапії та ерготерапії.

Список літератури

1. Дуло О.А., Мелега К.П. Особливості інтеграції змісту професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації в Європейський освітній простір. Міжнародний науковий вісник. Спецвип. 1 (10). Ужгород : ДВНЗ «УжНУ», 2015. С. 332–342.

2. Освітньо-професійна програма «Фізична терапія, ерготерапія» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія», галузі знань 22 «Охорона здоров'я». URL: <http://fizreab.chnu.edu.ua>

СТАН ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ ТА ПРОБЛЕМА ПОПУЛЯРНОСТІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Альона ЄРОХОВА

старший викладач кафедри медицини катастроф
та військової медицини,
Буковинський державний медичний університет

На сучасному етапі фізична культура як предмет переживає не найкращі часи. Насамперед спостерігається інтенсивне «вимивання» фізкультурно-педагогічних кадрів. Причиною цього є зменшення кількості представників «старої школи» (за віком, з фінансових причин) і відсутність гідної заміни їх випускниками [2].

Предмет фізична культура у теперішньому вигляді не відповідає вимогам часу, оскільки не сприяє оздоровленню дітей, і не прищеплює їм

власну фізичну культуру - культуру руху, культуру здоров'яформуючого способу життя [1].

Постає питання про створення принципово нових форм фізкультурно-спортивної та спортивно-масової роботи, а також збереження форм роботи, які відповідають здоров'яформуванню та принципу вільного вибору цікавої для особистості форми рухової діяльності. В організації процесу фізичного виховання необхідно сприяти задоволенню різноманітних потреб майбутнього повноцінного члена суспільства.

Продовжується дискусія про роль фізичного виховання і його напрямки, з метою залучення молоді до здорового способу життя на найближчий історичний проміжок часу. Міжнародний досвід свідчить про те місце фізичної культури, яке вона повинна посідати, якщо дійсно існує піклування про здоров'я нації. Від того, які цільові настанови й концептуальні ідеї закладені в основі програм залежить вибір змісту навчального матеріалу та можливість перекладу його на мову сучасних технологій і використання їх в методиці і організації навчального процесу. Саме цим визначаються результати фізичного виховання детерміновані новими поглядами на сутність змісту, мету, завдання фізичного виховання в школі, що, згідно з сучасними поглядами фахівців, дозволяє суттєво вплинути на фізичний розвиток і стан здоров'я молоді [3].

Вихід із ситуації, яка склалася у сфері фізичної культури в навчальних закладах, ми вбачаємо у зверненні до спортивно-орієнтованого напрямку фізичного виховання школярів і студентської молоді. Суть спортивно-орієнтованого напрямку фізичного виховання -

це свобода обрання варіантів занять, режимів інтенсивності відповідно до особистих інтересів і фізичних здібностей. Пропонуємо наступні змістові орієнтири:

1) тренування відповідно до обраного виду спортивної спеціалізації (спортивні ігри, легка атлетика, види гімнастики та аеробіки, спортивний туризм, лижна підготовка та ін.);

2) загально-розвиваючі тренування за програмою загальної фізичної підготовки;

3) оздоровча і адаптаційна фізична культура.

Список літератури

1. Гусак В.В. Технології формування здоров'язбереження у студентів ВНЗ. *Медико-біологічні проблеми фізичної культури, спорту та здоров'я людини*: матеріали XVI Міжн. наук.-практ. конф. Збірник наукових праць. Випуск 16 – Миколаїв:МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2016 – 142 с.

2. Ніколаєнко С.М. Поліпшення здоров'я дітей - запорука здоров'я нації. //Фіз. вих. в школі. - К.: - 2016 - №5 - с. 2-7

3. Палічук Ю. І. Формування здорового способу життя студентів ВНЗ. *Актуальні проблеми впровадження здоров'язберігаючих технологій у навчальних закладах*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (15-16 трав. 2014 р.). Чернівці, 2014. – 468 с. С. 67-73

ПРОБЛЕМА ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ДО ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Наталія ІВАНІКІВ

к. п. н., доцент,

доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Постановка проблеми: фізичний розвиток особистості є однією з важливих частин її функціонування, адже гармонійно розвинена особистість –це особистість, яка водночас розвинена і фізично, і розумово, і духовно, і морально, а, крім того, адаптована до соціуму. Фізичний розвиток сучасної молоді тяжіє до тенденції «другорядності». Студенти не прагнуть фізично вдосконалюватися, долучатися до здорового способу життя. Тому в діяльності викладача слід застосовувати такі методи, які насамперед сприятимуть посиленню мотивації студентів до становлення фізичної культури [1].

Аналіз публікацій: О.Біліченко наголошував на тому, що процес удосконалення системи фізичного виховання студентів базується на широкому використанні наукових досягнень у галузі соціальних, педагогічних і природничих наук, але найбільш істотним його фактором лишається мотивація до занять фізичною культурою [2, с.4]. Н.Горошкова називає фактори, що уповільнюють формування мотивації: емоційна бідність навчального матеріалу, невисока компетентність педагога; повторюваність однорідних прийомів або засобів; відсутність оцінки та недобррозичливе ставлення до студентів [3, с.132].

Мета дослідження: дослідити мотивацію та виявити основні мотиви до занять фізичною культурою у студентів; з'ясувати тенденції їхніх захоплень у вільний час.

Методика дослідження: Навчальна дисципліна «Фізична культура» Державного освітнього стандарту включена в блок обов'язкових гуманітарних дисциплін. Її завдання – забезпечити студентів різноаспектними знаннями про життєдіяльність людини, її здоров'я та здоровий спосіб життя, навчити володіти практичними вміннями й навичками, спрямованими на збереження і зміцнення здоров'я, розвиток і вдосконалення психофізичних здібностей і якостей. Головним компонентом для успішного виконання будь-якої діяльності, у тому числі й фізкультурно-спортивної, є мотивація [2, с.5]. Мотивація – процес формування та обґрунтування наміру щось зробити або не зробити. Мотивація до фізичної активності – особливий стан особистості, спрямований на досягнення оптимального рівня фізичної підготовленості і працездатності [1, с.95]. Процес формування цікавості до занять фізичною культурою і спортом є багаторівневим: від перших елементарних гігієнічних знань і навичок до глибоких психофізіологічних знань теорії і методики фізичного виховання й інтенсивних занять спортом. Для підвищення мотивації до занять фізичною культурою, на нашу думку, слід намагатися вплинути на внутрішню позицію особистості. Так, під час бесід нами використовувався психологічний прийом «навіювання». Проводилися бесіди зі студентами ДДПУ щодо здорового способу життя, щодо користі занять фізичною культурою, її позитивного впливу на організм. Використання активних методів навчання на теоретичних заняттях сприяє формуванню й розвитку пізнавального інтересу студентів як до освоєння знань і формування умінь, так і до практичних занять фізичною культурою. Організовано бесіди та зустрічі зі спортсменами, показові заняття, які переконливо засвідчували, що спорт допомагає домагатися успіхів у житті, виховує неабияку силу волі. Отже, щоб підвищити мотивацію студентів, слід урізноманітнити навчальні та секційні заняття,

заняття не повинні проходити, загалом ширше використовувати активні методи навчання; систематично посилювати творчу складову при організації занять фізичною культурою [3,с.130-133].

Результати дослідження: після проведення певних заходів щодо мотивації студентів займатися фізичною культурою, ми отримали позитивні результати. Кількість позитивних відповідей значно зростає : 76 відповідей «так», 11 – «ні», 24 – «не завжди». Ми переконані, що навіть за аналізом такого опитування можна зробити значущі висновки щодо успішності роботи з формування студентської мотивації. Водночас ми визначили основні мотиви, адже більшість студентів на питання: «Чому я намагаюся регулярно займатися фізичною культурою і спортом?» відповіли: «Бути здоровим», «Мати підтягнуте тіло»; менше респондентів відповіли: «Займаюся за компанію», «Це модно», «Схуднути», «Наростити м'язову масу ».

Висновки: цим дослідженням було виявлено основні мотиви до занять фізичною культурою і спортом у студентів. Більшість респондентів відзначають, що від занять фізичною культурою вони прагнуть отримати здоровий організм та красиве тіло. Завдяки включенню в програму вищих навчальних закладів занять із різноманітних видів спорту, використання різних фітнес-напрямків, ігрового і змагального методу мотивація студентів до занять фізичною культурою і спортом підвищилася. На нашу думку, такі результати дослідження слід враховувати при складанні навчального плану ВНЗ.

Список літератури

1. Бойко О.В. Теоретичні аспекти впливу мотиваційних складових на підвищення ефективності занять із фізичної культури / О.Бойко // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві— Луцьк: 2013. — 94–98с.
2. Біліченко О.О. Особливості мотивації до занять з фізичного виховання у студентів / О.О. Біліченко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. –2011. – 3–5с.
3. Горшкова Н.Б. Мотивація студентів до занять фізичною культурою і спортом / Н.Б. Горшкова // Актуальні проблеми фізичної культури і спорту, 2005.–130–133с.

НАВЧАННЯ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ ДОБОРУ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ПРИ ДЦП

Наталія КОЗІК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Наталія СТРАТІЙЧУК

старший викладач кафедри фізичної реабілітації,
ерготерапії та домедичної допомоги,

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

У професійній підготовці фізичних терапевтів найважливішим завданням є оволодіння фаховими знаннями, уміннями та навичками.

Навчання майбутніх фахівців даної спеціальності має на меті розвивати їх професійні компетентності. Згідно стандарту вищої освіти зі спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» для першого (бакалаврського) рівня освіти, однією зі спеціальних (фахових) компетентностей є «здатність виконувати базові компоненти обстеження у фізичній терапії та/або ерготерапії: спостереження, опитування, вимірювання та тестування, документувати їх результати» [1, с.7-8]

Однією із поширених патологій, які потребують тривалої нейрореабілітації є дитячий церебральний параліч. Діагностика при даному захворюванні вимагає різностороннього підходу, оскільки у пацієнтів із ДЦП дуже багата симптоматика. В процесі роботи фізичний терапевт обирає методи втручання, базуючись на даних анамнезу, скарг, симптоматики, формального та неформального спостереження, медичної документації, неврологічного та фізіотерапевтичного обстеження, а також дослідження когнітивних функцій. Для ефективної реабілітаційної допомоги важливо визначити рівень функціональних порушень пацієнта. Проведення таких досліджень дає можливість визначити короткострокові та довгострокові цілі втручання, скласти програму реабілітації, проконтролювати динаміку змін і, при потребі, коригувати призначення.

Додатковими методами обстеження можуть служити апаратні методи, зокрема електроміографія, електроенцефалографія, магнітно-резонансна томографія та деякі інші, які дозволяють підтвердити діагноз та провести диференціальну діагностику ДЦП з іншими патологіями.

Добір діагностичних методів зазвичай залежить від форми та симптомів захворювання. Наприклад, при порушенні рухової сфери

користуються методом Ловетта чи мануальним м'язовим тестуванням, ступінь спастичності тестують методом Ашфорта, для визначення порушення повсякденної активності користуються Індексом Бартел, а для визначення когнітивних порушень – Коротким тестом для оцінки когнітивних функцій (MMSE). Проте при ДЦП не всі загальноприйняті методи можуть бути інформативні. Ранній вік дитини чи рівень її розумового розвитку часто не дозволяють використати той чи інший метод тестування і змушують шукати доступні засоби діагностики.

Інформативними методами оцінки моторних функцій для пацієнтів з різними формами дитячих церебральних паралічів є Шкала великих моторних функцій GMFM-66 та Шкала пози та постуральних здібностей (Posture and Postural Ability Scale (P-PAS)) [2. С.179].

Шкала великих моторних функцій GMFM-66 – чотирибальна шкала, яка складається з 66 пунктів, розділених на п'ять груп щодо великих моторних функцій: (а) лежання та перекочування, (б) сидіння, (с) повзання та стояння на колінах, (д) стояння, та (е) ходьба, біг і стрибки. Оцінка кожного пункту GMFM-66 включає 4-х бальну шкалу, згідно якої: 0 – не починає виконувати; 1 – починає виконувати; 2 – виконує частково; 3 – виконує повністю. [2. С.179; 3]

Шкала пози та постуральних здібностей (Posture and Postural Ability Scale (P-PAS)) – це порядкова 7-бальна шкала для оцінки пози та постуральних здібностей пацієнтів у положенні стоячи, сидячи, лежачи на спині та лежачи на животі, яка передбачає шість пунктів для оцінки якості пози у фронтальній площині та шість пунктів у сагітальній площині. Якість пози оцінюється в 1 бал при позитивній відповіді «Так» або 0 балів – при негативній «Ні». Метод чутливий до виявлення навіть невеликих асиметрій і постуральних відхилень, що дозволяє виявити постуральну асиметрію в початковій стадії. [2, с. 179; 4]

В практиці навчання майбутніх фізичних терапевтів на кафедрі фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги діагностичні методи вивчаються в межах таких дисциплін, як «Діагностика і семіотика з основами догляду за хворими», «Методи обстеження у фізичній терапії», «Фізична терапія у неврології та нейрохірургії», «Клінічний реабілітаційний менеджмент при неврологічних дисфункціях» «Клінічний реабілітаційний менеджмент у педіатрії». Крім того передбачено проходження неврологічної та педіатричної практики, під час якої майбутні фізіотерапевти набувають досвіду проведення діагностики безпосередньо на пацієнтах.

Основною метою фізичної терапії є розвиток нових рухових навичок, необхідних для покращення якості життя пацієнтів. Оцінювання функцій важливе для моніторингу, контролю ефективності реабілітації та коригування терапії дітей із ДЦП. Оволодіння навиками діагностики в умовах вищих навчальних закладів є запорукою успішної професійної діяльності надалі.

Список літератури

1. Стандарт вищої освіти України. Перший (бакалаврський) рівень вищої освіти. Галузь знань 22 Охорона здоров'я. Спеціальність 227 Фізична терапія, ерготерапія. МОНУ. Київ. – 2018. с. 32
2. Козік Н. М. Толок К. В. Поєднання кінетотерапії та кінезіотейпування у комплексній терапії пацієнтів зі спастичним тетрапарезом. *Modern trends of scientific development 2022. Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference Vancouver, Canada January 18-21, 2022* C177-183

3. Gross Motor Function Measure-66. Shirley Ryan AbilityLab: веб-сайт. URL: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/gross-motor-function-measure-66>.

4. P-PAS, Adaptive Equipment and You. Rifton Equipment: веб-сайт. URL: <https://www.rifton.com/adaptive-mobility-blog/blog-posts/2019/december/p-pas-assessment-implementation-for-classroom-and-home>.

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Юрій ПАЛІЧУК

к. пед. н., доцент,

доцент кафедри медицини катастроф та військової медицини,

Буковинський державний медичний університет

В умовах соціально-економічних труднощів, несприятливої екологічної обстановки, розмитості етичних цінностей, які поглиблюють тенденцію зниження рівня здоров'я населення, особлива роль у підготовці фізично і духовно здорової, соціально і професійно компетентної, творчо активної і мобільної, відповідальної і толерантної особистості приділяється фізичному вихованню учнівської та студентської молоді.

Підготовка майбутніх учителів до професійної діяльності в загальноосвітніх навчальних закладах передбачає зміну мети, оновлення структури, змісту та форм організації навчання у закладах вищої освіти. А саме навчання забезпечує як професійний, так і особистісний розвиток фахівця, орієнтуючи його на формування творчої індивідуальності. Спираючись на передовий вітчизняний і світовий досвід підготовки

фахівців, ми визначаємо умови ефективності підготовки майбутнього педагога у вищій школі: створення можливостей для вибору освітніх програм студентами; організацію навчання за індивідуальними програмами для особливо талановитих студентів, залучення студентів до розробки педагогічних проектів спільно з викладачами ЗВО і вчителями ЗНЗ [1].

Аналіз наукових джерел, присвячених вивченню проблеми підготовки майбутніх учителів фізичної культури, засвідчив домінування думки науковців про перманентну втрату лідерських позицій нашої країни в цій галузі та істотне погіршення фахової компетентності випускників відповідних вищих навчальних закладів. Серед головних труднощів, що стримують її формування, називають складний характер професійно-педагогічної діяльності вчителів фізичної культури, яка, на відміну від інших, більш статичних варіантів педагогічної праці, триває в умовах підвищеної складності: необхідності перманентного контролю за фізичним та психічним станом дітей в обставинах, що швидко змінюються, стимулювання високої рухової активності школярів на уроці у великих приміщеннях або на вулиці в різних погодних умовах, що потребує додаткової емоційної й інтелектуальної концентрації тощо [2].

Водночас теоретичний аналіз наукових досліджень свідчить, що проблема підготовки майбутніх учителів фізичної культури до фізкультурно-спортивної діяльності з учнями загальноосвітніх навчальних закладів ще не достатньо досліджена в педагогічній теорії, а тому не знайшла належного відображення в практичній діяльності навчальних закладів. Потреба у розв'язанні цих проблем забезпечується

пошуком шляхів їх вирішення та впровадження результатів теоретичних досліджень у практику діяльності вищій і загальноосвітніх навчальних закладів.

Під «підготовкою майбутніх учителів фізичної культури до фізкультурно- спортивної діяльності в загальноосвітніх навчальних закладах» розуміємо спеціально спрямований процес вибіркового використання засобів фізичної культури і спорту для формування у майбутніх фахівців системи професійних знань; оволодіння необхідним комплексом педагогічних умінь, орієнтованих на фізкультурно- спортивну роботу та спрямованих на відновлення психофізіоло- гічної працездатності і розваги учнів, вдосконалення їх особистості в процесі самодіяльних ініціатив [3].

Готовність майбутніх учителів фізичної культури до фізкультурно- спортивної діяльності в загальноосвітніх навчальних закладах передбачає сформованість відповідних критеріїв, якими виступили мотиваційно-ціннісний, інтелектуально-пізнавальний, діяльнісно-практичний.

Готовність майбутніх учителів фізичної культури до фізкультурно- спортивної в загальноосвітніх навчальних закладах трактуємо як динамічно розвивальну особистісну якість людини, що відображає необхідний рівень знань в галузі фізкультурно-спортивної діяльності, достатній рівень сформованості умінь, стійку мотивацію до здійснення цієї діяльності.

Список літератури

1. Базильчук В.Б., Базильчук О.В. Проблема мотивації студентської молоді до фізкультурно-оздоровчої діяльності на дозвіллі. *Проблеми сучасної валеології, фізичної культури та реабілітації*: VII всеукр. наук.-практ. конф.: матеріали (Херсон, 26–27 вер. 2013 р.). Херсон: Видавництво ПП Вишемирський В. С., 2013. С. 61–63.

2. Мосейчук Ю.Ю., Палічук Ю.І. Підготовка майбутнього вчителя до розвитку культури здоров'я учнів. *Гуманізація навчально-виховного процесу: Збірник наукових праць./ДДПУ. Харків, 2018. № 6(92). С. 54 – 68.*

3. Палічук Ю.І., Вілігорський О.М., Горячий В. Підготовка майбутніх педагогів до розвитку культури здоров'я учнів. *Молодий вчений: [науковий журнал]. 2018. №3.3.(55.3). С. 109–112.*

ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ

Тетяна ТЕМЕРІВСЬКА

к.пед. наук, доцент

доцент кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної
допомоги Чернівецького національного університету
імені Юрія Федьковича

Актуальність. Одним із важливих напрямів на шляху до європейського майбутнього є реалізація здоров'язберігаючих технологій у системі сучасної освіти. На даному етапі розвитку України проблема охорони здоров'я підростаючого покоління, а саме студентів є досить актуальною.

Стан здоров'я студентів, майбутніх фізичних терапевтів – це важливий індикатор майбутнього трудового, економічного, культурного потенціалу суспільства. Тому, надзвичайно важливим державним

завданням є розуміння того, як формується здоров'я молодих людей, від яких чинників залежить і як на ці фактори впливати з метою отримання позитивних результатів.

Мета дослідження – проаналізувати особливості здоров'язберігаючих чинників для майбутніх фізичних терапевтів.

Матеріали та методи дослідження. Для реалізації постановленої мети використовували анкетування за допомогою опитувальника, який включав питання за ступенем проявів відносно навчальної діяльності, вільного часу, стосунків в родині, характеру харчування та самооцінку здоров'я. Проаналізовано 54 анонімних відповідей студентів 2-6 курсу кафедри фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги ЧНУ імені Юрія Федьковича.

Результати дослідження. Сучасні здоров'язберігаючі освітні технології представлені у вигляді: організації навчального процесу, організації пізнавальної діяльності студентів – фізичних терапевтів, виховної роботи. Проведений аналіз наявних технологій у галузі збереження здоров'я дає можливість виокремити наступні:

- технології для створення безпечних умов перебування та навчання у закладі освіти;
- технології для вирішення завдань раціональної організації навчального та виховного процесу;
- технології щодо відповідності навчального і фізичного навантаження реальним можливостям студентів фізичної терапії;
- оздоровчі технології для зміцнення фізичного здоров'я студентів.

Метою цих технологій є формування у студентів компетенцій, передбачених освітньо-кваліфікаційною характеристикою.

Сьогодні в країні значно зросли вимоги до професійної підготовки майбутніх фахівців фізичної терапії. Головною вимогою до них є стан

здоров'я і рівень фізичного розвитку, які дозволяли би ефективно працювати тривалий час без шкоди для здоров'я.

Тому виникає нагальна потреба в розробці здоров'язберігаючих технологій, спрямованих на підвищення інтересу молодого покоління до здорового способу життя. Це вимагає створення у навчальному закладі особливої комфортної атмосфери, яка б відкрила студенту позитивний простір для особистісного зростання в інтелектуальній, духовній і фізичній сферах.

Для цього необхідні зусилля як адміністрації, викладачів, медичної та психологічної служб, так і батьків. Реалізація необхідних здоров'язберігаючих технологій щодо свідомого ставлення до здоров'я базується на отриманні необхідних знань, умінь і навичок фізичного, психічного, духовного та соціального здоров'я.

Основними заходами зміцнення здоров'я студентів ЧНУ є: дні здоров'я, спортивні свята та змагання, інформаційні бесіди про здоров'я та здорове харчування, бесіди за участю представників олімпійського комітету та спортсменів міста, виховні години, проведення акцій «Шкідливим звичкам скажемо «НІ»», участь у спортивних універсиадах, постійна робота спортивних гуртків та секцій, щорічний медогляд студентів, системна пропаганда здорового способу життя.

Зважаючи на вимоги Державних стандартів освіти, підприємств замовників кадрів та взагалі сьогодення, головними завданнями професійної освіти є:

- формування у фізичних терапевтів дбайливого ставлення до життя та здоров'я, сталої мотиваційної установки на здоровий спосіб життя як провідної умови збереження й зміцнення здоров'я;

- формування стійких переконань щодо пріоритету здоров'я як основної умови реалізації фізичного, психічного, соціального та духовного потенціалу людини з урахуванням її індивідуальних особливостей;

- виховання у студентів дбайливого та усвідомленого ставлення до власного здоров'я як однієї з найвищих людських цінностей;

- навчання фізичних терапевтів методам самооцінки та контролю стану та рівня здоров'я протягом життя.

Висновок. Практика показує, що процес формування свідомого ставлення до власного здоров'я потребує обов'язкового поєднання інформаційного й мотиваційного компонентів практичної діяльності фізичних терапевтів, що сприятиме оволодінню необхідними здоров'язберігаючими вміннями і навичками. Освіта та здоров'я є взаємодоповнюючими компонентами успішного повсякденного майбутнього фізичного терапевта.

Збереження здоров'я молодого покоління залежить від взаємодії педагогів, медичних і соціальних працівників. Водночас, обрані шляхи модернізації системи освіти і виховання молоді сприяють підвищенню інтересу суспільства до цих технологій, а також до особистості, яка бере участь в їх реалізації.

Список літератури

1.Белікова Н. О. Організація практичної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до здоров'язберезувальної діяльності / Н. О. Белікова // Освітологічний дискурс. - 2014. - № 3. - С. 46-52.

2.Кобелєв С.Ю. Перспектива розвитку фізичної терапії у системі охорони здоров'я України / С.Ю. Кобелєв // Педагогіка,

психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту.
– 2011. –№ 5. –С. 39-42.

3.Крупа В.В. Визначення сутності та змісту формування професійної компетентності майбутніх фахівців фізичної реабілітації / Крупа В.В. // Педагогічні науки. Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки. – 2014. –№ 4(73). –С. 176-187.

4.Міхеєнко О.І. Модель професійної підготовки майбутніх фахівців зі здоров'я людини до застосування здоров'язміцнювальних технологій / Міхеєнко О.І., Котелевський В.І. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 9. –С. 41-46.

5.Фастівець А.В. Формування діагностичної компетентності майбутніх фахівців з фізичної реабілітації в процесі вивчення професійно-орієнтованих дисциплін: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / А.В.Фастівець. –Полтава, 2015. –22 с.

РОЗДІЛ 5.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ТРЕНУВАННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ
СПОРТСМЕНІВ

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОГО ФІТНЕС-
ТРЕНУВАННЯ ДЛЯ ЧОЛОВІКІВ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ

Лариса БАЛАЦЬКА

канд. наук з фіз. вих. і с., доцент
доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання і спорту
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Анна БУРКОВА

студентка 3 курсу,
спеціальності «Фізична культура і спорт»
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

У віці 22- 35 років (перший зрілий вік чоловіків) в людини зберігається високий рівень тренуваності рухових функцій, складаються сприятливі передумови досягнення істотних оздоровчих і навіть спортивних результатів [1. с.29; 6. с. 11].

Переважає більшість досліджень, що проведені на контингенті першого зрілого віку у чоловіків , присвячена обґрунтуванню ефективності силових фітнес-програм, аеробних та ін. [3. с.184; 4. с. 60].

Будова програм оздоровчо-кондиційного (фітнес-) тренування користується популярністю серед вчених та практиків, тому є потреба розробити комплексне фітнес-тренування першого зрілого віку [2. с.58; 5. с.210].

Проведене анкетування з чоловіками віку 22-35 років клубу «Титан» м. Чернівці, показало: мотиви до оздоровлення – погіршення здоров'я (19%), збереження довголіття (12%), реабілітація після перенесених захворювань,

травм (9 %); бажання мати привабливу зовнішність (25 %), зниження жирової та нарощення м'язової маси тіла (19%), потреба у відпочинку, зняття емоційного навантаження (11 %), потреба в спілкуванні (5%). Однак, респонденти не вказали у відповідях, що відвідують клуб задля дефіциту рухової активності.

За результати функціонального фітнес-тестування маємо наступні результати у досліджуваних: показники ЧСС в стані спокою відповідають рівню «добре» (54-63 уд/хв), показники артеріального тиску 121-75 мм рт.ст.) відповідають «середньому» рівню здоров'я; відхилення від норми у показниках: артеріального тиску у 63, %, ЧСС у спокої – у 83,4 %, МПК – у 27 %, загальної працездатності – у 55,1%, проба Ромберга - у 21,6 % ; проба PWC₁₇₀ (960-1400 кгм/хв) та результати МСК (40-54 мл/хв/кг) знаходяться на рівні «хорошого» фізичного здоров'я та «хорошу» адаптація організму до фізичних навантажень; результати загальна працездатність знаходяться на високому рівні – 17-22 одиниці; проба Ромберга на рівні статичної рівноваги (11-26 сек), що відповідає оцінці «добре».

Виходячи з результатів обстеження, запропоновано методику комплексного фітнес-тренування чоловіків першого зрілого віку.

Основною метою та завданнями фітнес-тренування чоловіків першого періоду зрілого віку будуть: досягнути особистих значущих результатів – підвищити зовнішню привабливість, вдосконалити статуру, коректувати вагу тіла; відновитися після перенесених захворювань та травм; покращити психоемоційний стан, відпочинок після емоційного напруження; нормалізувати показники функціонального стану серцево-судинної системи.

У процесі фітнес-тренування для чоловіків першого періоду зрілого віку обов'язково мають бути включені наступні блоки вправ (засоби): аеробний, функціональний, корекційно-профілактичний, релаксаційний.

Дана запропонована експериментальна методика передбачає використання методів суворорегламентованої вправи, методів повторення, безперервного, інтервального, а також методу кругового тренування.

Тренування традиційно складається з трьох частин: підготовчої, основної (що включає аеробний, функціональний і корекційно-профілактичний блоки заняття) і заключної (представленої релаксаційним блоком).

ЧСС у різних частинах заняття буде нерівномірною. При використанні вправ аеробного блоку та загальної розминки у підготовчій частині ЧСС рекомендовано 115-130 уд/хв, що становить 60-70% від максимального.

В межах 120-140 уд/хв ЧСС має становити для вправ функціонального блоку (65-75%), корекційно-профілактичний блок - 115-130 уд/хв. У релаксаційному блоці (заключна частина) рекомендується ЧСС у межах 105-120 уд/хв, що становить 55-65% від максимального. Виконуючи інтенсивні аеробні вправи ЧСС може сягати 130-150 уд/хв., (70-80% від максимального).

На початковому етапі рекомендується займатися тричі на тиждень по 60-70 хв, на основному та заключному (стабілізуючому) етапах кількість занять збільшується до чотирьох разів на тиждень (тривалість 60-70 хв). На основному та заключному етапах після інтенсивного аеробного тренування пропонується відпочинок один день.

Планування на 6 місяців занять фітнесом представлений у вигляді макроциклу, що складається з трьох мезоциклів (початкового, основного та стабілізуючого).

За результатами запропонованої методики маса тіла досліджуваних зменшилась в середньому на 3,7 кг (4,5%; $P < 0,05$). Нормалізувався індекс маси тіла, в середньому знизився 24,7 ($P < 0,05$) одиниць.

За результатами запропонованої програми покращилися показники статури (зменшення об'єму талії на 4,2 см та об'єму стегон – на 2,6 см ($P < 0,05$)).

Позитивні, але статистично несуттєві зміни зафіксовані в показниках ЧСС у стані спокою, артеріального тиску, які відповідали рівню «вище середнього». Результати проби Ромберга, тесту PWC_{170} , рівень МСК та коефіцієнт загальної працездатності показали «відмінні» значення.

Учасники експерименту за період програми відзначили покращення психоемоційного стану та задоволеність досягнутими результатами занять.

Застосувавши рекомендаційну методику комплексного фітнес-тренування, що включала в себе чотири блоки фізичних вправ – аеробний, функціональний, корекційно-профілактичного та релаксаційного – це сприяло ефективному вирішенню завдань оздоровлення, нормалізації показників функціонального стану серцево-судинної системи, покращення психоемоційного стану.

Список літератури

1. Благій О., Михайленко Б. Контроль фізичного стану чоловіків зрілого віку в умовах сучасних фітнес-центрів. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2007. № 1. С. 29–32.
2. Голованов С.А. Комплексная коррекция здоровья мужчин с ожирением в условиях аэробных физических нагрузок. *Теория и практика физической культуры*. 2014; 3: 57-61.

3. Перевозникова Н.И. Игровая фитнес - технология в системе двигательной активности мужчин зрелого возраста: дис. ... канд. пед. наук. СПб. 2017: с. 183
4. Пришва О. Особливості фізичної активності чоловіків зрілого віку. Молодіжний науковий вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2013. Вип. 10. С. 59–63.
5. Стафеева А.В., Дерябина А.Л. Эффективность физкультурно-оздоровительных занятий силовым фитнесом с мужчинами зрелого возраста. Успехи современной науки и образования. 2016; 1(12): с. 209-212.
6. Строганов С. В. Копейко І.Ю. Корекція статури чоловіків першого зрілого віку засобами оздоровчого фітнесу. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2010. № 7. С. 112–114.

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ОКА У ЮНИХ СПОРТСМЕНІВ

Ніна ГРИБОК

к.пед.н., доцент, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Назар ЗДЕНДЯК

магістрант I курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Відомо, що зір відіграє важливу роль у спортивній діяльності. Вимоги до зорової системи спортсмена є більш жорсткими, ніж у будь-якій іншій діяльності, оскільки зір у значній мірі впливає на здатність спортсмена успішно виконувати поставлені завдання.

У той же час, розвиток та прогресування у спортсмена міопії, яка є найбільш поширеним у всьому світі порушенням рефракції, здатний призвести до дискваліфікації навіть високопрофесійного спортсмена.

У науковій літературі є відомості, що фізичні навантаження позитивно впливають на фізіологічні показники ока. Вивчення впливу фізичних вправ на функціональний стан зорового аналізатора почалося ще наприкінці 70-х років ХХ століття [2].

У 1981р. Sargent R.G. та співавт. було показано, що помірні та інтенсивні аеробні навантаження сприяють зниженню внутрішньоочного тиску (ВОТ) у короткостроковій та довгостроковій перспективі (до 6 міс.), ступінь зниження якого не залежить від фізичної підготовленості [7].

Avunduk A.M. та співавт. показали, що проведення ізометричних та ізокінетичних вправ призводить до суттєвого зниження ВОТ, при цьому величина зниження ВОТ вище при виконанні ізотонічних вправ [3, с. 292].

Kiss B та співавт. за допомогою методу лазерної інтерферометрії досліджували характеристики хоріоїдального кровотоку під час проведення ізометричних вправ. Ізометричні вправи викликали суттєве збільшення середнього артеріального тиску в середньому на 56%, частоти пульсу на 84% та внутрішньоочного тиску на 37%, на тлі зниження амплітуди пульсації очного дна в середньому на 36%. Таким чином, дані авторів свідчать, що під час проведення ізометричних вправ судинна оболонка ока має високу здатність зберігати постійний потік

крові, незважаючи на зміни перфузійного тиску, і що ця залежність зберігається при помірних змінах рівня вуглекислого газу в крові [4, с. 8].

Арутюновою О.В., Кисельовою Т.М. та співавт. було показано, що фізичні навантаження при ЧСС не більше 175 уд/хв сприяють поліпшенню кровопостачання переднього відділу очного яблука на фоні стабільних гемодинамічних показників у судинах сітківки та зорового нерва, а при ЧСС більше 175 уд/хв – до дефіциту кровопостачання переднього та заднього. Авторами також було показано, що динамічні фізичні навантаження сприяють зниженню ВОТ у середньому на 45 мм.рт.ст незалежно від його вихідного рівня та ступеня тренуваності, та підвищення перфузійного тиску ока від 4 до 9,2 мм.рт.ст залежно від ступеня тренуваності [1, с. 59].

Пізніше, Read S.A. та співавт. 2011р. показали, що слабкий вплив динамічного навантаження помірної інтенсивності (велоергометрія) призводить до значних змін функціональних офтальмологічних параметрів. Так, безпосередньо, після проведення велоергометрії відзначається зменшення осьової довжини ока на тлі зниження ВГД та амплітуди очного пульсу. Також авторами було виявлено помірну позитивну кореляцію між змінами осьової довжини ока та змінами ВОТ. При цьому не було виявлено жодних суттєвих відмінностей у величині змін між особами з міопічною та еметропічною рефракцією. Таким чином, автори відзначають короткотерміновий вплив фізичних вправ на осьову довжину ока та внутрішньоочний тиск [5,].

Riva C.E та співавт. показали, що при проведенні ізометричних вправ (90 секунд навприсідки), відбувається паралельне збільшення середнього тиску в очній і плечовій артеріях, а також збільшення середнього тиску перфузії ока, що являє собою різницю між середнім тиском очної артерії і внутрішньоочним тиском на 67%, що призвело до

значного збільшення потоку еритроцитів у хоріоїдеї у фовеальній ділянці на 12%, в основному, викликане збільшенням їх швидкості [6, с. 770].

Wylegała A. у 2016р. показав, що фізична активність і рівень фізичної культури впливають на зміни б-хвилі електроретинограми, збільшують перфузійний тиск до 190% від базового рівня, а також призводять до збільшення хоріоїдального кровотоку до 140%, забезпечуючи тим самим збільшений приплив крові до сітківки [8, с. 846].

Таким чином, наявні дані відкривають перспективу для продовження досліджень, спрямованих на подальше вивчення впливу фізичних навантажень у дітей та підлітків, які займаються спортом на регулярній основі, на вплив і ризик розвитку міопії, на вивчення впливу тренувальних навантажень на різні системи організму, у тому числі в осіб з міопічною рефракцією.

Список літератури

1. Киселева Т.Н., Арутюнова О.В., Кошелева И.Н. Кровоток в сосудах глаза после физических нагрузок у здоровых лиц. *Рефракционная хирургия и офтальмология*. 2006. № 6(3). С. 57-60
2. Панкова Н.Б., Богданова Е.В., Любина Б.Г. и др. Влияние двигательной нагрузки на возрастную динамику функционального созревания вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы подростков. *Физиология человека*. 2009. Т. 35. № 3. С. 64-73.
3. Avunduk AM, Yilmaz B, Sahin N, Kapicioglu Z, Dayanir V. The comparison of intraocular pressure reductions after isometric and isokinetic exercises in normal individuals. *Ophthalmologica*. 1999. 213(5). P. 290-294.

4. Kiss B., Dallinger S., Polak K. Ocular hemodynamics during isometric exercise. *Microvasc Res.* 2001. 61(1). P. 1-13.
5. Read S.A., Collins M.J. The short-term influence of exercise on axial length and intraocular pressure. *Eye (Lond).* 2011. 25(6). P. 767-74.
6. Riva C.E., Titze P., Hero M. et al. Choroidal blood flow during isometric exercises. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1997. 38(11). P. 2338-43.
7. Sargent R.G., Blair S.N., Magun J.C. et al. Physical fitness and intraocular pressure. *Am J Optom Physiol Opt.* 1981. 58(6). P. 460-466.
8. Wylęgała A. The Effects of Physical Exercises on Ocular Physiology. *A Review. J Glaucoma.* 2016. 25(10). P. 843-849.

ПРОФІЛАКТИКА СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ

Наталія ІВАНІКІВ

к. п. н., доцент,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії,

Степан ЗУБКОВИЧ

магістрант, I курс

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Постановка проблеми: Тільки ретельне вивчення причин спортивного травматизму дозволить домогтися його зменшення, так як він не пов'язаний зі спортом як таким, а залежить від ряду причин, які можуть бути усунені. Ці причини в основному можуть бути зведені до двох груп: недоліки методики і невідповідність спортсменів, незадовільне матеріальне забезпечення. Це дає право стверджувати, що правильна організація і підготовка спортсменів можуть звести і цей вид ушкоджень до незначного проценту. Травматизм спортивний - нещасні

випадки, що виникли при заняттях спортом (планових, групових чи індивідуальних, на стадіоні, в спортивній секції, на спортивній площадці) під наглядом викладача або тренера. Спортивні травми становлять 2-3% всіх травм.

Аналіз публікацій: Теоретичний аналіз проблеми дослідження показав, що формуванню фізичного здоров'я особистості чимало приділяється уваги як у сучасній українській педагогіці (І. Бех, І. Зязюн, С. Максименко, Г. Шевченко та ін.), так і в працях фахівців фізичного виховання (І. Боберський, Б. Шиян, Т. Круцевич, О. Куц, Е. Вільчковський, Г. А. Єдинак та ін.). Дослідження деяких авторів свідчать, що травми є головною причиною летальних наслідків у дітей шкільного віку, студентської молоді, причому від них гине або отримує серйозні ушкодження більше людей, ніж від усіх захворювань [3].

Мета дослідження: дослідити причини травматизму та значення проведення профілактичних заходів на заняттях з фізичного виховання та під час навчально-тренувального процесу.

Методика дослідження: У нашій країні проводиться багато заходів щодо попередження травм при заняттях спортом і фізичною культурою. Боротьба з травматизмом - обов'язкова складова частина роботи викладача або тренера. Травматизм займає значне місце в навчально-тренувальному процесі. У всі правила змагань внесені пункти з охорони здоров'я спортсменів. Заходи попередження травм викладаються в навчальних закладах. Введено для всіх спортивних та інших громадських організацій обов'язкові санітарно-гігієнічні вимоги до утримання місць занять і змагань, і умов їх проведення з метою

попередження травм. Велике значення для попередження травм мають: ретельний облік, аналіз причин травм. У забезпеченні заходів щодо попередження травм повинні брати участь керівники організацій, самі спортсмени, але основна роль відводиться тренеру. Викладач не допускає до занять осіб, які не пройшли лікарського обстеження в установленому порядку. Перед початком всіх занять необхідна бесіда з профілактики травматизму. При комплектуванні груп, проведенні занять слід враховувати стан здоров'я, фізичне здоров'я і фізичний розвиток спортсменів, пристосованість до навантажень, стать, вік, вагові категорії, не допускати до занять хворих [1].

Особливу цінність в попередженні травм має педагогічний контроль, що дозволяє визначати ступінь втоми займаються в процесі навчально-тренувального заняття. Важливо суворе дотримання викладачем методичних вказівок, що визначають зміст і порядок проведення занять і змагань, порушення яких може завдати шкоди здоров'ю учнів. Викладач перед кожним заняттям перевіряє місце занять і стежить за тим, щоб не було сторонніх предметів, сторонніх осіб, під час занять стежать за підтриманням нормальної температури, забезпеченням достатнього освітлення і вентиляції, контроль інвентарю та обладнання, перевіряють захисні засоби [2].

Результати дослідження: в ході дослідження стає зрозуміло, що необхідне суворе виконання принципів раціональної методики навчання, поступовість в дозуванні навантажень, послідовність в оволодінні руховими навичками; індивідуальний підхід; обов'язковий інструктаж і контроль за виконанням вправ. Не можна дозволяти учневі виконувати не підготовлені дії. Перед основною частиною заняття, перед змаганнями необхідна достатня розминка. При виконанні ряду вправ необхідна страховка і знання елементів відповідної страховки. Не дивлячись на цілий ряд заходів, спрямованих на профілактику травматизму, нещасні

випадки трапляються часто. Суворі дисципліна на заняттях повинна бути законом. Неприпустимо виконання фізичних вправ учнями при відсутності вчителя, викладача, тренера. Для збереження здоров'я, швидкого відновлення організму після перенесеної травми велике значення має правильне і своєчасне надання першої долікарської допомоги.

Висновки: для усунення причин травматизму і запобігання можливим його випадкам треба застосовувати широкий комплекс організаційних заходів і методичних прийомів. У наших дослідженнях визначено коло методів попередження травматизму на уроках фізичного виховання, основою якої є методика формування відповідального ставлення до професійних обов'язків викладача фізичного виховання. Рекомендовано методику використання на уроках фізичного виховання системи спеціальних вправ, які формують уміння виконувати самостраховку, що дозволяє знизити рівень травматизму. У цьому комплексі велике значення мають дидактичні принципи навчання та організація занять, належне утримання спортивної зали, обладнання, дотримання правил гігієни, організація медично-педагогічного контролю, виховної роботи, а також застосування прийомів підтримки і страхування.

Список літератури

1. Вржесневський І.І. Оцінка фізичних можливостей студентів у системі медико-педагогічного контролю у процесі фізичного виховання/ І.І.Вржесневський // – К., 2011. –20с.

2. Єжова О.О. Педагогічні фактори і умови формування ціннісного ставлення до здоров'я / О.Єжова // Педагогічні науки. – Випуск 14. –С. 159-164.

3. Травматизм на уроках фізичної культури [електронний ресурс].-Режим доступу:
https://revolution.allbest.ru/pedagogics/00804873_0.html

ВПЛИВ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ОПОРНО- РУХОВИЙ АПАРАТ І ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СПОРТСМЕНІВ

Ігор НАКОНЕЧНИЙ

канд.психол. наук, доцент

завідувач кафедри теорії і методики фізичного виховання і
спорту

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

У процесі еволюції в організмі людини сформувалася здатність пристосовуватися до умов середовища, що змінюються. Фізіологічний статус, гомеостаз людини, морфологічні ознаки можуть змінюватись під впливом зовнішніх факторів. Але можливість адаптації не безмежна, спортсмени які завжди і повною мірою можуть пристосуватися до тих чи іншим умовам середовища, фізичним навантаженням.

Вплив екстремальних факторів (зокрема, інтенсивних фізичних навантажень) призводить до суттєвих змін фізіологічних та біохімічних показників, до розвитку морфо-функціональних змін у тканинах ОРА та органах. Екстремальні фактори, що порушують гомеостаз (форсовані фізичні навантаження, гіпоксія, іммобілізація, позбавлення сну,

трансконтинентальні перельоти) викликають комплекс фізичних порушень в організмі, зміну діяльності ЦНС, ендокринних залоз, метаболічних процесів та зниження імунітету. Патологічні явища, що виникають на основі перевантажень тканин

ОРА, проявляються у вигляді гіпоксії та гіпоксемії, гіпертонусу м'язів, порушення мікроциркуляції та інших відхилень [3].

Перевантаження ОРА можуть виникати при постійному збільшенні тренувальних навантажень, що не відповідають функціональним та віковим можливостям спортсмена; різке підвищення інтенсивності навантажень; зміну техніки, спортивної навички без достатньої адаптації організму.

Зокрема, за наявними даними можна припустити, що оборотні функціональні та морфологічні зміни в ОРА, що виникають внаслідок перевантажень, мають місце у висококваліфікованих спортсменів, які відчують значні за обсягом та інтенсивністю фізичні навантаження.

Зовнішнє середовище впливає на зміни в органах та тканинах, а саме через ряд систем організму, і в основному через нервову систему. Організм реагує на вплив зовнішнього середовища як система, в якій діяльність одних органів тісно пов'язана з функцією інших. В ході тренувального процесу організм адаптується до фізичних навантажень, відбуваються морфо-функціональні зміни у тканинах ОДА. Навіть після закінчення навантажень в організмі зберігаються зміни. Протягом тривалого часу накопичені зміни поступово призводять до формування більш економного типу реагування мікросудин. При великих фізичних навантаженнях відбуваються значні зрушення морфологічних

структурах, у хімії тканин та органів. Тільки граничні навантаження можуть викликати патологічні зрушення у процесі виконання фізичних вправ. Патологічні зрушення можуть статися на початку тренування із застосуванням великих навантажень без урахування принципу поступового збільшення навантажень або при різкій невідповідності тренувальним можливостям спортсмена [1].

Багаторічний досвід показує, що заняття спортом призводять до порушення гомеопатичної рівноваги в організмі. Найчастіше спостерігається у сучасному спорті, якому характерні великі обсяги та надмірні інтенсивні навантаження протягом багатьох років. При цьому стрес та надмірні навантаження відіграють роль ускладнюючих факторів у виникненні пошкоджень тканин та захворювань. У ході клінічних досліджень та експериментів з'ясувалося, що гіпоксія впливає на системи, що відповідають за подачу кисню та імунітет. Гіпоксія – порушення мікроциркуляції та метаболізму тканин, є одним із факторів, які відповідальні за зрив функціонування імунної системи та виникнення у спортсменів захворювань та пошкоджень ОРА.

Травми ОРА спричиняють появу комплексу метаболічних реакцій. Крім цього, ознаки порушення метаболізму тканин ОРА та інших органів можуть бути другорядними по відношенню до зміни нервової та гормональної регуляції. Серед багатьох факторів, що зумовлюють виникнення деформуючого артрозу, велике значення має функціональна перенапруга ОРА. В основному перенапруження суглоба відбувається під впливом великого навантаження, а також внаслідок неодноразового повторення однакових рухів, що перевищують фізіологічні можливості [2]. Встановлено, що при інтенсивних фізичних навантаженнях у м'язах збільшується кількість лактату та сечовини в крові, а вміст АТФ, КрФ та глікогену – знижується. Під час підготовки до змагань у крові спортсмена підвищується рівень кортикостероїдів.

Внаслідок чого імунітет пригнічується. М'язова діяльність та гіпоксія супроводжуються прискоренням згортання крові та посиленням її фібринолітичної активності, а також значними гематологічними змінами. У спортсменів часто трапляється прихований дефіцит заліза, низький рівень гемоглобіну, гематокриту. Всі ці показники можуть знизити фізичну працездатність та вплинути на результат виступу. Однак, у виникненні захворювань при м'язовому перевтомі важливу роль відіграють індивідуальні морфологічні особливості органів і систем, на які припадає основне навантаження. Існують докази, що артеріїт, що викликає місцеву ішемію або спазм кровоносних судин, відбувається перед розривом м'язів та сухожилля. У деяких м'язах раніше розвиток дистрофічних змін може бути пов'язаний з наявністю в цій галузі безсудинної зони. При експериментальному розтягуванні м'язово-сухожильних елементів відбувається відрив у місці прикріплення сухожилля [2].

Функціональна перевтома в окремих м'язах, що протікає з накопиченням недоокислених продуктів обміну речовин у м'язах, що працюють, викликає зміни колоїдного складу тканин, які порушують кровообіг. Важливо застосування профілактичних та лікувальних засобів, для нормалізації кровообігу та лімфообігу, окиснювально – обмінних процесів тощо. Це у свою чергу відбивається на працездатності та спортивних результатах. Саме тому комплекс підготовки спортсменів включає профілактичні та реабілітаційні заходи.

Список літератури

1. Губа, В. П. Прогнозування рухових здібностей та основ ранньої орієнтації у спорті [Текст]/В.П. Губа. - М.: Олімпіяпрес, 2007. - 160 с.75
2. Дубровський, В.І. Спортивна медицина [Текст]: Навч. для студ. вищ. навч. закладів/В.І. Дубровський. - М: Гуманіт. вид. центр ВЛАДОС, 2002. - 512 с.
3. Єпіфанов, В.А. Реабілітація в травматології та ортопедії [Текст]/В.А. Єпіфанов, А.В. Єпіфанов. - М.: Геотар-Медіа, 2015. - 416 с.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІДЕОМОТОРНОГО ТРЕНУВАННЯ У СТРІЛЬБІ З ЛУКА

Тетяна ЛЯСОТА

к. н. фіз.вих. і с. доцент,

доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту

Олександра РУСНАК

студентка 3 курсу

Катерина ЩОЧКІНА

студентка 2 курсу

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Для досягнення результату у стрільбі з лука важливе місце приділяється психологічній підготовці. Психічна напруженість підтримується протягом всього часу стрілкової вправи, викликаючи помітну втому, яка може призвести до ряду техніко-тактичних помилок. У процесі психологічної підготовки може бути використаний широкий арсенал засобів і методів гетеро та ауторегуляції, спрямованих на пояснення особливостей психічних станів, що виникають у процесі

спортивної діяльності, навчання специфічним ритуалам, прийомам, поведінковим актам, навіюванню та самонавіюванню різних психічних станів тощо. Ефективним методом є ідеомоторне тренування і широко використовується в професійному спорті. Використання ідеомоторної підготовки дає змогу спортсменам чітко уявляти певні елементи техніки пострілу та детально аналізувати при цьому м'язорухомі, зорові та інші відчуття, що виникають в тренувальному процесі [1].

Під час проведення ідеомоторного тренування лучник, неодноразово мислячи, уявляє ідеальний вигляд правильних рухів, без зайвих технічних недоліків, а також повторює всі потрібні дії, корегуючи їх ритм за допомогою секундоміру. Такі повторення залишають помітний слід в психіці лучника, дозволяють йому краще зрозуміти та вивчити технічний елемент та ритм його виконання, а також ефективніше повторити його в реальних умовах [2].

Ідеомоторне налаштування сприяє кращій готовості всього психофізичного апарату спортсмена, його індивідуальних відчуттів та сприйняття, і необхідного м'язового тону. Утворюється оптимальний функціональний стан відповідних нервових структур, що відповідають за реалізацію спортивних навичок. Особливістю ідеомоторного налаштування також є те, що воно зосереджує увагу спортсмена саме на технічній стороні змагальної стрільби, що відбудеться в майбутньому, таким чином спортсмен відволікається від результативного моменту. Якщо застосовувати ідеомоторні вправи на фоні аутогенного розслаблення, то можна досягти посиленого ефекту. Це пов'язано зі станом нервових клітин кори головного мозку, що знаходяться під

впливом аутогенного розслаблення [2].

В корі головного мозку посилюється гальмівний процес, а отже її клітини стають чутливішими до внутрішніх та зовнішніх стимулів. Спортсмен, що залишається у пасивному стані – в позі для розслаблення, концентрує свою увагу на елементах, які пов'язані із виконанням пострілу. Основною умовою даного налаштування є збереження послідовності стрілкових дій: лучник уявно готує свою зброю до стрільби, перевіряє правильність захвату луку, підіймає його та натягує тятиву в правильній площині, далі виконує прицілювання, дотягує та робить постріл.

Такий вид тренувань не може замінити реального виконання рухів, але дає значні переваги під час справжнього виконання пострілу. Вивчення ідеальної ритмоструктури рухових дій допомагає лучнику відчувати свої помилки під час практичної стрільби [3].

Спостереження за ідеомоторною стрільбою висококваліфікованого лучника, що знаходиться в гарній фізичній формі, дали наступні результати: час, який спортсмен витрачає на виконання серії з трьох або з шести пострілів, майже не відрізняється від часу, що реально затрачений під час влучної стрільби по мішені. Реєстрація частоти серцевих скорочень під час ідеомоторної стрільби, вказує на те, що ритм серця змінюється відповідно до елементів уявних пострілів.

Стрільці, що можуть використовувати і керувати прийомами ідеомоторики та приділяють їм щоденно 10-15 хвилин поза межами тиру, мають змогу за будь-яких умов підтримувати та вдосконалювати технічні елементи, відпрацьовувати м'язорухомі чи інші уявлення, тренувати увагу та підтримувати нервову систему у постійній готовності до виконання якісної та результативної стрільби.

Таким чином, можна зробити висновок, що ідеомоторні тренування – це не від'ємна частина підготовки висококваліфікованих

спортсменів, в тому числі стрільців з лука. Важко переоцінити важливість даних вправ, адже комплексна дія ідеомоторних вправ на психофізичний стан лучника помітна одразу після проведення декількох таких тренувань, а доцільність їх застосування доведена практично тренерами та їх спортсменами.

Список літератури

1. Д'якова О.В. Психологічна підготовка на прикладі стрільби з лука : метод. рек. : Київ, 2009. 17 с.

2. Лясота Т. І., Курнишев Ю. А., Циба Ю.Г. Вплив ідеомоторного тренування на показники фізичного стану пауерліфтерів. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /фізична культура і спорт. 2021. Вип. 4К (132). С. 112–115. _

3. It's all in the mind: a combination of sports psychology and skiing
URL:

<https://fasterskier.com/2016/06/its-all-in-the-mind-mixing-sport-psychology-with-skiing/>(дата звернення 17.11.21)

ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ХРЕБТА В ПАУЕРЛІФТИНГУ

Юрій ЦИБА

асистент кафедри фізичної реабілітації,

ерготерапії та домедичної допомоги

Пауерліфтинг або силове триборство – силовий вид спорту, суть якого полягає в подоланні опору максимально важкої для спортсмена ваги в трьох змагальних вправах: присіданні зі штангою на плечах, жимі штанги лежачи та становій тязі.

Травматизм в пауерліфтингу досить поширене явище, як серед початківців так і серед спортсменів високої кваліфікації. Повністю виключити ризик отримання травми на заняттях силовим триборством неможливо, але можна зменшити число травм та мінімізувати їх наслідки [1, с. 45].

З ростом тренуваності спортсмена збільшується робоча вага штанги (інтенсивність тренувань), що в свою чергу призводить до зростання травматизму на тренувальних заняттях та змаганнях [2, с. 297].

Спортивна травма – це пошкодження, яке супроводжується змінами анатомічних структур і функцій травмованого органу в результаті впливу фізичного фактору, що перевищує фізіологічну міцність тканини, в процесі занять фізичними вправами і спортом.

В ході дослідження проблеми травматизму в пауерліфтингу було проведено опитування спортсменів рівня КМСУ-МСУ Чернівецької області в якому прийняло участь 70 пауерліфтерів. З результатів опитування встановлено, що 87% опитаних хоч раз отримували травму, 46% усіх випадків травматизму становили травми хребта.

Найбільш поширеними травмами хребта в пауерліфтингу є протрузії та грижі міжхребцевих дисків, з локалізацією в поперековому відділі.

Основною причиною таких травм в силовому триборстві можуть бути систематичні надмірні компресійні вертикальні навантаження на

хребет які отримують спортсмени під час виконання таких вправ, як присідання зі штангою, жим штанги стоячи, станові тяги.

Такі травми потребують правильного лікування та повноцінного відновлювального періоду.

Головні причини виникнення травм:

1. Недоліки і помилки в методиці проведення тренувань (порушення основних дидактичних принципів – регулярності, поступовості збільшення навантаження, індивідуалізації навчально-тренувального процесу).

2. Форсування навантажень, систематичне застосування надмірних навантажень, недостатній час на відновлення, відсутність чи недостатня розминка.

3. Неправильне виконання вправ (порушення техніки виконання вправи, або занадто швидке її виконання, неправильний підбір підвідних вправ).

4. Порушення лікарського контролю та внутрішні фактори – зміни в стані самого спортсмена, які виникають під впливом несприятливих зовнішніх та внутрішніх факторів. Ці фактори можуть бути як фізіологічні, так і психічні. Фізіологічні – порушення режиму харчування, нераціональне харчування, вплив зовнішніх фізичних факторів. Психологічні – емоційний стан спортсмена [3, с. 174].

Після проведення діагностики лікування, як правило, починається з усунення гострого больового синдрому. Далі лікування спрямоване на повне усунення запального процесу і залежить від нозології травми. При

лікуванні травм хребта важливу роль відіграє кінезіотерапія. Найбільш ефективні наступні засоби кінезіотерапії:

- Тракція (витягування) поперекового відділу хребта;
- Вправи на «Дошці Евмінова»;
- Розвантажувальні вправи для хребта.

Гарний результат дає проведення кінезіотерапії у воді. Для спортсменів особливо важлива фізична реабілітація, тому підбирається спеціальний комплекс вправ спрямований на відновлення рухової активності.

Після проходження повного курсу реабілітації спортсменом, вирішується питання його подальшої спортивної кар'єри. При вчасному зверненні до фахівців і правильно проведеному лікуванні є висока вірогідність повернення до активних занять спортом. Згідно проведеного опитування 77% пауерліфтерів після лікування травм хребта повернулись до професійних занять спортом.

Таким чином, кінезіотерапія є важливим методом лікування та профілактики травм хребта в пауерліфтингу.

Для запобігання травматизму в процесі підготовки пауерліфтерів необхідно дотримуватись наступних рекомендацій:

- завжди дотримуватись правил техніки безпеки;
- постійно вдосконалювати технічну підготовку;
- поступово збільшувати інтенсивність навантажень;
- систематично здійснювати лікарський контроль;
- тренуватись під керівництвом тренера;

- у навчально-тренувальному процесі, після важких присідань зі штангою, станової тяги та інших вправ, які призводять до компресійного навантаження хребта, використовувати розвантажувальні вправи (вправи в

положенні лежачи, виси на перекладенні, пасивні і активні розтягування хребта).

Список літератури:

1. Стеценко А.І. Особливості побудови тренувального процесу на етапі передзмагальної підготовки з пауерліфтингу / А.І. Стеценко // Фізичне виховання в школі. – 2009. – № 2. – С. 43–46.
2. Циба Ю. Г. Особливості організації методики тренувань пауерліфтерів на різних етапах багаторічної спортивної підготовки [Текст] / Ю. Г. Циба // Молодий вчений : [науковий журнал]. – 2017. – № 3.1. (43.1) – С. 297–300.
3. Шейко Б.И. Пауэрлифтинг. Настольная книга тренера / Шейко Б.И. – М.: ЗАО ЕАМ „Спорт сервис”, 2003. – 532 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ПІДВИЩЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СПОРТСМЕНІВ

Ростислав ЧАПЛІНСЬКИЙ

к. мед. н., доцент,

доцент кафедри фізичної реабілітації

та медико-біологічних основ фізичного виховання

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Оксана ЗАЯРНЮК

студентка 4 курсу факультету фізичної культури

Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка

Чималі обсяги навантажень у процесі тренувань та змагань спортсменів утворюють додаткові труднощі при відновленні їх фізичної форми. Ці труднощі не дозволяють спортсмену вчасно повернутись у стан, коли адаптаційна здатність організму в цілому знаходиться на максимумі [1, с. 81].

Порушення координації, утруднені рухи, збільшення енергетичних витрат на одиниці виконаної роботи та кількості помилок є ознаками втоми у спортсменів. Надзвичайно актуальною на сьогодні є проблема відновлення працездатності організму після фізичних навантажень так, як однією з провідних тем у спорті залишається потреба покращення результатів змагань та підвищення інтенсивності тренувань. Для того щоб відновити організм після інтенсивної м'язової та інтелектуальної роботи необхідно застосувати спеціальні засоби та методи, які активізують відновні процеси. Правильність поєднання навантаження та відпочинку на різних етапах підготовки спортсмена та використання спеціальних вправ пришвидшують відновлення [5, с. 32].

Сон-релаксація, дихальні вправи та м'язова релаксація також є засобами для відновлення організму та поліпшення загального настрою. Особливо важливими засобами являються медико-біологічні: масаж, раціональне харчування, вітаміни та фармакологічні препарати, гідротерапія, баровпливи, які активно використовуються для відновлення спортсменів [2, с. 43].

Попри те що практично щодня в продажі з'являються нові препарати від перевтоми та підвищення працездатності залишається актуальним комплексний підхід та об'єднання всіх засобів для відновлення. Незважаючи на велику різноманітність засобів, індивідуальний підхід до кожного спортсмена та використання природних методів залишається ключовим [2, с. 102]. При великих

навантаженнях повторне тренування відбувається на фоні недостатнього відновлення організму спортсмена, тому постає питання ефективного відновлення працездатності спортсмена після тренування і перед наступним.

Засобами відновлення спортивної працездатності є: педагогічні, які включають управління працездатністю спортсменів і відновлювальними процесами завдяки доцільно організованій м'язовій діяльності на основі урахування кількісних характеристик режимів навантаження, медико-біологічні, які сприяють підвищенню резистентності організму до навантажень, більш швидкому зніманню гострих форм загального і місцевого стомлення, прискоренню адаптаційних процесів, стійкості до стресових впливів та психологічні, які передбачають зменшення нервово-психічної напруги, стану психічного пригнічення, швидке відновлення затраченої енергії, доведення до меж індивідуальних можливостей напруги функціональних систем [4, с. 113].

Педагогічні засоби є ключовими це обумовлено раціональним підходом до процесу тренування, оптимальні навантаження протягом одного тренування і також протягом мікро-, мезо- і макроциклів. Медико-біологічні засоби відновлення спрямовані на підвищення рівня фізичної працездатності спортсменів, а також на запобігання виникненню негативних впливів від великих тренувальних та змагальних навантажень [3, с. 55]. Група медико-біологічних засобів складається з гігієнічних засобів (розпорядок дня, відпочинок, відповідний інвентар та обладнання); фізичних засобів (гідро процедури, масаж, біостимулятори,

ультразвук, світлові опромінення, магнітотерапія, іонофорез, сауна, фотонна терапія); харчування (збалансоване за енергетичною цінністю і складом, яке відповідає характеру, величині та спрямованості навантажень, також відповідає кліматичним та погодним умовам); фармакологічні засоби (адаптогени рослинного та тваринного походження, речовини, що сприяють відновленню запасів енергії, препарати пластичної дії, речовини, що стимулюють функцію кровотворення, вітаміни та мінеральні речовини, зігріваючі, знеболюючі та протизапальні препарати), швидко знижують нервово-психічну напруженість та формують чітку установку на виконання тренувальної чи змагальної програми [6, с. 107].

Отже, для забезпечення підготовленості до виконання тренувального і змагального навантаження, для досягнення вищого результату спортсменів, застосовують комплексний підхід різноманітних засобів відновлення та підвищення працездатності.

Список літератури

1. Лисенко О. М. Фізіологічна реактивність та особливості мобілізації функціональних можливостей висококваліфікованих спортсменів. Актуальні проблеми фізичної культури і спорту. 2003. С. 81-86.
2. Павлова Ю., Виноградський Б. Відновлення у спорті: монографія. ЛДУФК, 2011. 204 с.
3. Губа В. П., Шестаков М. П., Бубнов Н. Б., Борисенков М. П. Измерения и вычисления в спортивнопедагогической практике: учебное пособие для вузов физической культуры. М.: СпортАкадем-Пресс, 2002. 211 с.
4. Зациорский В. М. Физические качества спортсмена (Основы теории и методики воспитания). М: Физкультура и спорт, 1980. 200 с.

5. Кузнецов В. В., Петровский В. В., Шустин Б. Н. Модельные характеристики легкоатлетов. Киев, 1979. 55 с.

6. Мищенко В. С., Павлик А. И., Дяченко В. Ф. Функциональная подготовленность как интегральная характеристика предпосылок специальной работоспособности спортсменов: методическое пособие. Киев, 1999. 129 с.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ НА ЗВ'ЯЗКОВОМУ АПАРАТІ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Вадим ЧЕРНЕНКО

студент II курсу магістратури кафедри фізичної терапії
та ерготерапії

Національного університету фізичного виховання і спорту України

Олексій НІКАНОРОВ

професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Національного університету фізичного виховання і спорту
України

Актуальність дослідження. Колінний суглоб (КС) є найбільш вразливим серед анатомічних структур людини з позицій травматології. Головним чином це пояснюється тим, що КС є найбільшим опорним суглобом, зі складною анатомічною структурою, що дозволяє

здійснювати рухи в трьох взаємно перпендикулярних площинах. Внаслідок цього КС зазнає значних фізичних навантажень. Травма КС найчастіше трапляється в осіб молодого віку: спортсменів; людей, які активно займаються фізкультурою і спортом; людей, професії яких пов'язані з тяжкою фізичною працею, балетом, бальними і спортивними танцями.

Мета дослідження – зрозуміти та проаналізувати сучасні підходи фізичної терапії після оперативного втручання на зв'язковому апараті колінного суглоба у світовій системі охорони здоров'я.

Виклад основного матеріалу дослідження. Курс відновного лікування необхідно проводити під наглядом фізичного терапевта, своєчасно переходячи на наступні шаблі реабілітації, для досягнення стійкого ефекту.

Також в ранньому післяопераційному періоді курс лікувальної гімнастики необхідно доповнити фізіотерапевтичними процедурами, спрямованими на зниження болі і набряково-запального синдрому.

З перших днів після операції пацієнтам рекомендовано виконання фізичних вправ в ізометричному режимі [5, с. 271]:

- Напряга чотириголового м'яза стегна.
- Робота стопою «на себе / від себе» з утриманням напруги відповідних м'язів згиначів і розгиначів стопи.
- Підйом «прямої ноги» лежачи на ліжку до кута 45° С утримуванням піднятої ноги і напругою м'язів стегна, гомілки, черевного преса. При неможливості підйому оперованої кінцівки, можливе утримування ноги за допомогою простирадла, прив'язаного до стопи, з відмовою від його використання в міру зміцнення м'язів.

Всі вправи виконуються «на рахунок», починаючи з 2-3 секунд і доводячи напругу м'язів до 8-10 секунд в наступні дні. Час виконання

комплексу вправ 5-10 хвилин і більше, кратність 4-6 разів на день з урахуванням вихідного фізичного стану і самопочуття пацієнта [3, с. 70].

Фізична терапія проходить під наглядом фізичного терапевта, з підбором індивідуальних вправ. Використовують групу вправ з частковим навантаженням на хвору ногу, поступово доводячи його до повного, потім присідання на двох ногах, на хворій нозі і т. д.

ЛГ доцільно поєднувати з масажем при гіпотрофії м'язів стегна (особливо чотириголового м'яза), набрякості в області суглоба, його контрактури. Залежно від характеру клінічних проявів масаж повинен бути спрямований переважно на поліпшення кровообігу і лімфотокую або на зміцнення м'язів стегна [2, с. 75].

Призначати масаж стегна можна при відсутності гемартрозу вже через 5-7 днів після операції. У всіх випадках колінний суглоб найближчим часом після операції не масажують. Масааж проводять на межі болю, але без різкої хворобливості, яка є сигналом до зниження інтенсивності процедури. Масаажувати кожну точку необхідно не більше 2-3 хв [4, с. 295].

Больовий синдром, збільшення обсягу суглоба, виражена гіпотрофія м'язів, повільне відновлення амплітуди рухів, особливо дефіцит розгинання служать показаннями до гідрокінезотерапії.

Ефективність гідрокінезотерапії підвищується, якщо їй передуює підводний масаж. Всі процедури (ЛГ, масаж, гідрокінезотерапія), до повного відновлення амплітуди рухів у колінному суглобі, закінчуються корекцією положенням фіксацією оперованої кінцівки в положенні згинання. Гідрокінезотерапію і підводний масаж можна проводити

щодня або чергувати через день. Тривалість заняття фізичними вправами у воді від 15 до 30 хв, а підводного масажу – від 10 до 15 хв.

Засоби гідрокінезотерапевтичного комплексу лікувальних впливів поділяються на плавання, фізичні вправи у воді, підводний масаж, витяг та корекцію положенням у воді.[1, с. 23].

Крім того, маса води полегшує як умови балансування при ходьбі завдяки підтримці рук, так і необхідне переміщення центру тяжіння допереду, що дозволяє застосовувати вправи для розвитку пропріоцепції та розробки опороспроможності оперованої кінцівки.

Висновки. Таким чином, заняття за розробленою методикою фізичної терапії після оперативного втручання на зв'язковому апараті колінного суглоба включають лікувальну гімнастику, самомасаж, гідрокінезотерапію для відновлення опорної здатності і сили м'язів нижніх кінцівок.

Список літератури

1. Без'язична О. В. Використання масажу та фізіотерапії після артроскопічних операцій на колінному суглобі. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2019. № 3. С. 23–25.
2. Зазірний І. М. Сучасні суперечливі погляди на реабілітацію після реконструкції передньої хрестоподібної зв'язки (огляд літератури). Частина II. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2014. № 3. С. 75–79.
3. Магльований А., Мухін А., Магльована Г. Основи фізичної реабілітації. Львів, 2006. 150 с.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології : монографія Львів : ЛДУФК, 2015. 428 с.
5. Чеміріс А. Й., Давиденко А. В. Фізична реабілітація хворих з пошкодженням передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Літопис травматології та ортопедії*. 2017. № 1–2. С. 271–271.