



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Харківська державна академія фізичної культури

**Збірник тез III міжнародної науково-практичної конференції
«Сучасні питання фізичної реабілітації, рекреації та фізичного виховання
різних груп населення»
19-20 грудня 2019 року. м. Харків**

Тези III міжнародної науково-практичної конференції
«Сучасні питання фізичної реабілітації, рекреації та фізичного виховання різних груп
населення» опубліковані у науковому журналі
Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології

Харків, 2019

Сучасні питання фізичної реабілітації, рекреації та фізичного виховання різних груп населення. Тези III міжнародної науково-практичної конференції, 19-20 грудня 2019 р. / Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2019. 3(1), 64 с.

(Укр.)

В збірнику представлено тези з актуальних проблем здоров'я людини, фізичної терапії /реабілітації, фізичної рекреації та медико-біологічного забезпечення фізичної культури і спорту. Показані тенденції у визначенні сучасних інноваційних напрямків фізичної терапії/реабілітації та рекреації, оздоровчих технологій, а також медико-біологічного забезпечення фізичної культури і спорту.

Матеріали представляють теоретичний і практичний інтерес для докторантів, аспірантів, магістрів, фізичних реабілітологів/терапевтів, ерготерапевтів, лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, викладачів навчальних закладів, вчителів середніх шкіл, тренерів, спортсменів, а також студентів старших курсів.

Електронна версія збірника розміщена на сайті:

http://journals.uran.ua/frir_journal

Редакційна колегія збірника і організаційний комітет конференції

Головний редактор:

Пустовойт Б. А., д-р мед. наук, професор, кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

Редактор:

Калмикова Ю.С., канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент, кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

Науковий редактор:

Калмиков С.А., канд. мед. наук, доцент, кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

Члени редакційної колегії:

Бісмак О.В., канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент, кафедра фізичної терапії та ерготерапії, Національний університет фізичного виховання і спорту України

Литовченко В.О. д-р мед. наук, професор, кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології, Харківський національний медичний університет

Єфіменко П. Б., канд. пед. наук, професор, кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

Дугіна Л. В., канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент, кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

Пашкевич С.А. канд. мед. наук, доцент, кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

Каніщева О. П., канд. наук з фізичного виховання і спорту, доцент, кафедра фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

Манучарян С.В., старший викладач кафедри фізичної терапії, Харківська державна академія фізичної культури

ЗМІСТ

Дишко О.Л. Особливості інклюзивного туризму як виду реабілітації студентів з інвалідністю	5
Косинський Е. О. Місце національних видів єдиноборств в ієрархії фізкультурно-спортивних інтересів студентів	8
Калмикова Ю.С., Орщацька Н.В. Сучасні погляди використання засобів фізичної терапії при артеріальній гіпертензії	11
Таможанська Г.В., Мятига О.М. Техніка пропріоцептивної нейро-м'язової фасилітації при артрозах плечового суглоба	17
Щелкунов А.О., Шаповалов М.А., Холіч Є.А. Формування позитивної мотивації до занять фізичною культурою у школярів	20
Без'язична О.В. Сенсорна інтеграція в реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи	26
Грохова Г.П. Спортивно-оздоровчий туризм як засіб здоров'язбереження студентів ЗВО	30
Гончарук Н.В. Особливості рухової терапії хворих з набутими вадами серця після операції з ускладненнями в період госпіталізації	33
Каніщева О.П., Єфіменко П.Б. Стабілізація зору у осіб засобами фізичної терапії, які тривалий час працюють за комп'ютером	36
Бісмак О.В. Використання ортезів у реабілітації осіб з наслідками травматичних та компресійно-ішемічних невропатій верхньої кінцівки	40
Мікеладзе І.О. Застосування методики нейром'язової активації в пасивній підвісній реабілітаційній системі з осьовим розвантаженням тіла в комплексній реабілітації дітей хворих на ДЦП	44

Дугіна Л.В. Засоби фізичної терапії при анемії вагітних на санаторно-курортному етапі	47
Брелюс Г.М. Застосування су джок терапії при остеохондрозі шийного відділу хребта	50
Литовченко В.О., Білостоцький А.І. Фізична терапія при остеоартрозі колінних суглобів I-II стадії	54
Манучарян С. В. Фізична терапія при травматичному ушкодженні плечового сплетіння	58
Реміняк І. В. Питання клінічного реабілітаційного менеджменту після наслідків мозкового інсульту	62

Особливості інклюзивного туризму як виду реабілітації студентів з інвалідністю

Дишко О.Л.

Приватний вищий навчальний заклад
«Академія рекреаційних технологій і права»

Вступ. Сьогодні в Україні необхідним є пошук інноваційних, водночас ефективних видів соціально-психологічної реабілітації людей з обмеженими можливостями. Незважаючи на потужну інформаційну кампанію та розробку і впровадження програм соціальної адаптації студентів з інвалідністю, у Волинській області все ще не налагоджена система комфортної і безпечної життєдіяльності неповносправних. Для здобувача вищої освіти з особливими потребами туризм – це рідкісна можливість побачити на власні очі архітектурні, художні надбання людства, поринути у чарівний світ природи, збагатитись культурою та традиціями попередніх поколінь. Тому, інклюзивний туризм – це сучасний вид туризму, який дозволяє залучити в туристичну діяльність будь-яку людину, незалежно від її фізичних та психологічних можливостей.

Метою роботи є дослідження ефективності впровадження інклюзивного туризму як потужного засобу активної реабілітації студентів з обмеженими можливостями.

Завдання дослідження: визначити рівень сприйняття студентами з інвалідністю засобів інклюзивного туризму.

Матеріал та методи: узагальнення наукових джерел із проблеми дослідження, анкетування.

Результати. Можливості туризму як виду реабілітації для студентів з інвалідністю досить великі: реалізує рухову активність, яка підвищує психічну стійкість організму; здійснює терапію і профілактику психосоматичних захворювань; допомагає встановлювати соціальні контакти та дає можливість виконувати різні соціальні ролі; виконує інтегративні функції, повертаючи людей з інвалідністю в суспільство; володіючи рисою «екологічності», покращує психоемоційний настрій; здійснює інтелектуальну, виховну та пристосувальну функцію щодо людини з інвалідністю [1].

Водночас потрібно враховувати негативні чинники організації інклюзивного туризму:

- дефіцит спеціалізованих туристичних підприємств;
- брак пропозицій щодо потреб людей з особливими потребами (недостатня кількість баз, пристосованих до їх потреб; брак віри в надавачів послуг щодо можливості створення попиту; не відповідність підтримки з боку держави);
- нестача пропозиції дає зворотну реакцію – зниження інтересу з боку людей з інвалідністю.

Ще зовсім недавно ніхто в туристичному бізнесі не звертав увагу на потенціал ринку людей з обмеженими можливостями. Однак тепер у

європейських туристичних центрах часто можна зустріти людей, які подорожують групами і самотійно, не обтяжуючи супроводом, адже інфраструктура підготовлена для їхніх потреб. Натомість таких туристів, в Україні, зокрема у Волинській області, виникає чимало бар'єрів, тому їх дуже рідко можна зустріти на туристських маршрутах. Отже, для розвитку інклюзивного туризму потрібен час, щоб суспільство і самі люди з обмеженими можливостями усвідомили, що туризм і нові незвідані краї для них відкриті та доступні.

Нами було проведено анкетування у ПВНЗ «Академія рекреаційних технологій і права» серед студентів з інвалідністю. На питання «Чи маєте Ви бажання займатися різними видами туризму?» позитивно підтвердили всі учасники опитування. Щодо питання «Чи б хотіли Ви брати участь разом зі всіма студентами у туристичних походах?» позитивну відповідь дали 82 % респондентів. Лише 12 % опитаних дали позитивну відповідь щодо питання «Чи відвідуєте Ви туристичні заходи, що проводяться у Вашому місті?». Анкетування нам показало, що більшість студентів з інвалідністю зацікавилися у практичній стороні різних видів туризму.

Наразі студенти спеціальності «Туризм» планують створити консультаційний центр інклюзивного туризму. Головною метою такого виду діяльності є розробка туристичних маршрутів для людей з обмеженими можливостями, особливо для студентів, які мають такі проблеми.

Аналізуючи перспективи розвитку інклюзивного туризму для студентів академії, необхідно провести такі заходи з підвищення доступності інфраструктури для таких туристів:

- вивчення умов вільного доступу до об'єктів туристичної інфраструктури та туристичних атракцій у м. Луцьку та Волинській області для людей з особливими потребами;
- облаштування туристичних об'єктів кнопками виклику, пандусами та спеціальними маркувальними знаками;
- інформаційне забезпечення проєктів щодо безбар'єрного відпочинку, зокрема, на території Волинського краю;
- розробка ефективних механізмів на рівні області щодо реалізації проєктів інклюзивного туризму.

Інклюзивний туризм для студентів з інвалідністю і без вад – процес взаємовигідний, адже нерідко саме людина з інвалідністю своїм прагненням до життя, волею, може надихнути здорову людину на краще сприйняття й осмислення свого життя.

З іншого боку, спілкування здорових та людей з інвалідністю у процесі реалізації інклюзивного туризму як психологічного виду реабілітації надасть особі з інвалідністю змогу змінити соціальну роль у суспільстві, оволодіти технологіями ефективного функціонування в різних умовах перебування, соціально активізуватись у процесі туристичних заходів, трансформувати свій світогляд, розвинути здатність до самообслуговування та організовувати свій побут в умовах навколишнього середовища, оволодіти новими знаннями,

уміннями та навичками [1].

Висновки. Туризм – вид реабілітації, який може реально допомогти студентам з особливими потребами відновитись, покращити психологічне самопочуття, не зосереджуватися на своїх соматичних відчуттях, вийти з важкої стресової ситуації, відчувати себе активним, потрібним людям та суспільству.

Таким чином, інклюзивний туризм може стати унікальним явищем для реабілітації здобувачів вищої освіти з інвалідністю, в аспектах пізнання та можливості повноцінної соціалізації.

Література

1. Інклюзивний туризм – новий вид реабілітації людей з інвалідністю. URL: <http://www.dsma.dp.ua/ua/novini/178-inklyuzivnij-turizm-novij-vid-reabilitatsiji-lyudej-z-invalidnistyu> (дата звернення: 10.12.2019)

Інформація про авторів:

Дишко О.Л.

доцент кафедри туризму та економіки

кандидат педагогічних наук, доцент

ПВНЗ «Академія рекреаційних технологій права»

Луцьк, Україна

OlesyaDyshko@ukr.net

Поступила до редакції 13.11.2019р.

**Місце національних видів єдиноборств
в ієрархії фізкультурно-спортивних інтересів студентів**
Косинський Е. О.

**Приватний вищий навчальний заклад
«Академія рекреаційних технологій і права»**

Актуальність. Традиційна організація занять фізичного виховання у закладах вищої освіти недостатньо відповідають сучасним вимогам підготовки особистості, яка має високий рівень здоров'я, необхідну фізкультурну освіту й фізичну підготовленість. Результати досліджень багатьох вчених [1; 3] свідчать про підвищення ефективності занять фізичним вихованням, якщо при його організації враховується зацікавленість студентів до певного виду спортивної діяльності.

У дослідженнях О.В. Котової та А.О. Вавілюк показана популярність видів фітнесу різних спрямувань: види аеробіки (степаеробіка, базова аеробіка, фанк-аеробіка) – 60%; танцювальні напрямки фітнесу (латина, Zumba, Біллі-данс) – 8%; система Пілатеса (8%); силові види фітнесу (стренфлекс, воркаут, Кроссфіт) – 24%[2].

Тому, **метою** нашого дослідження було вивчення структури фізкультурно-спортивних інтересів студентів ПВНЗ «Академія рекреаційних технологій і права» першого року навчання.

Завдання дослідження: проаналізувати структуру зацікавленості у заняттях різними видами спорту студентів першого курсу.

Матеріали та методи дослідження: аналіз і узагальнення літературних джерел, анкетування.

Результати. З метою вивчення ставлення студентів до змісту навчального процесу з фізичного виховання у ПВНЗ «Академія рекреаційних технологій і права» було проведено анкетування. В анонімному анкетуванні взяло участь 355 студентів першого курсу різних спеціальностей з них 205 дівчат і 105 юнаків.

Для виявлення структури зацікавленості у заняттях різними видами спорту було запропоновано відповісти на запитання: «Якщо Вас приваблює заняття одним видом спорту, то яким саме? (пронумерувати у порядку зростання інтересу від 1 до 10)». Пропонувались десять варіантів відповідей: 1) волейбол, 2) баскетбол, 3) футбол, 4) легка атлетика, 5) плавання, 6) настільний теніс, 7) шейпінг, 8) атлетична гімнастика, 9) національні єдиноборства, 10) загальна фізична підготовка.

По видах спорту серед загальної маси респондентів отримали наступні дані: національні єдиноборства високий рівень зацікавленості показали 45,86 %, середній рівень – 36,7 %, низький рівень – 17,44 %, шейпінг – високий рівень зацікавленості – 39,45 %, середній рівень – 24,76 %, низький рівень – 35,79 %, атлетична гімнастика – високий рівень зацікавленості – 33,94 %, середній рівень – 29,35 %, низький рівень – 36,71 %, плавання – високий рівень зацікавленості – 32,11 %, середній рівень – 41,29 %, низький рівень – 26,60 %,

футбол – високий рівень зацікавленості – 30,28 %, середній рівень – 38,53 %, низький рівень – 31,19 %, загальна фізична підготовка – високий рівень зацікавленості – 29,35 %, середній рівень – 40,36 %, низький рівень – 30,29 %, настільний теніс – високий рівень зацікавленості – 23,85 %, середній рівень – 50,48 %, низький рівень – 25,67 %, баскетбол – високий рівень зацікавленості – 22,02 %, середній рівень – 48,62 %, низький рівень – 29,36 %, волейбол – високий рівень зацікавленості – 20,18 %, середній рівень – 38,56 %, низький рівень – 41,26 %, легка атлетика – високий рівень зацікавленості – 16,51 % середній рівень – 55,96 %, низький рівень – 27,53 %.

Проаналізувавши результати опитування всередині статевих груп, виявлено наступну структуру фізкультурно-спортивних інтересів серед дівчат, а саме: шейпінг – високий рівень зацікавленості вказали – 62,12 %, середній рівень – 24,25 %, низький рівень – 13,63 %; національні єдиноборства – високий рівень інтересу – 42,43 % середній рівень – 33,34 %, низький рівень – 24,23 %; плавання – високий рівень зацікавленості – 33,34 %, середній рівень – 37,88 %, низький рівень – 28,78 %; атлетична гімнастика – високий рівень – 33,34 %, середній рівень – 28,80 %, низький рівень – 37,86 %; загальна фізична підготовка – високий рівень – 28,79 %, середній рівень – 42,43 %, низький рівень – 28,78 %; настільний теніс – високий рівень – 27,28 %, середній рівень – 48,49 %, низький рівень – 24,23 %; футбол – високий рівень зацікавленості – 19,70 %, середній рівень – 43,95 %, низький рівень – 36,88 %; баскетбол – високий рівень інтересу – 16,68 %, середній рівень – 53,04 %, низький рівень – 30,28 %; легка атлетика – високий рівень зацікавленості – 15,15 %, середній рівень – 53,04 %, низький рівень – 31,81 %; волейбол – високий рівень – 13,64 % середній рівень – 34,58 %, низький рівень – 51,78 % опитаних.

Отримані дані щодо інтересів серед хлопців наступні: національні єдиноборства – високий рівень зацікавленості вказали 51,16 %, середній рівень – 41,86 %, низький рівень – 6,98 %; футбол – високий рівень – 46,50 %, середній рівень – 30,23 %, низький рівень – 23,27 %; атлетична гімнастика – високий рівень – 34,89 %, середній рівень – 30,24 %, низький рівень – 34,87 %; плавання – високий рівень – 30,26 %, середній рівень – 46,51 %, низький рівень – 23,23 %; волейбол – високий рівень інтересу – 30,24 %, середній рівень – 44,18 %, низький рівень – 25,58 %; баскетбол – високий рівень – 30,23 %, середній рівень – 41,87 %, низький рівень – 27,90 %; загальна фізична підготовка – високий рівень – 30,23 %, середній рівень – 37,21 %, низький рівень – 32,56 %; легка атлетика – високий рівень – 18,61 %, середній рівень – 60,46 %, низький рівень – 29,93 %; настільний теніс – високий рівень – 18,60 %, середній рівень – 53,49 %, низький рівень – 27,91 %; шейпінг – 4,68 % середній рівень – 25,59 %, низький рівень – 69,73 % респондентів.

Висновки.

Отже, отримані дані свідчать, що інтерес у студентів викликають національні єдиноборства, а саме серед дівчат високий рівень зацікавленості зазначили 42,43 %, середній рівень – 33,34 %, низький рівень – 24,23 % опитаних; серед хлопців високий рівень зацікавленості вказали 51,16 %,

середній рівень – 41,86 %, низький рівень – 6,98 % респондентів. Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягають у впровадженні в практику фізичного виховання у ЗВО елементів національних видів єдиноборств.

Література

1. Власов Г.В. Вивчення динаміки спортивних уподобань студентів вищих медичних навчальних закладів. *Науковий вісник Донбасу*. 2011. №1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2011_1_15 (дата звернення: 19.12.2019)
2. Котова О.В., Вавілюк А.О. Використання сучасних фітнес-технологій у програмі фізичної культури в закладах вищої освіти. *Наука III тисячоліття: пошуки, проблеми, перспективи розвитку* : матеріали III Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Бердянськ, 25-26 квітня 2019). Бердянськ, 2019. С. 219–220.
3. Кривенцова І.В., Димар О.А., Клименченко В.Г. Нові способи організації занять з фізичного виховання студентів педагогічного ВНЗ. *Здоров'я, спорт, реабілітація*. 2015. №1. С. 57–59.

Інформація про авторів:

Косинський Е.О.

старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичної реабілітації
ПВНЗ «Академія рекреаційних технологій і права»
Луцьк, Україна
kosinskiy.edik@gmail.com

Поступила до редакції 20.11.2019р.

Сучасні погляди використання засобів фізичної терапії при артеріальній гіпертензії

¹Калмикова Ю.С., ²Орщацька Н.В.

¹Харківська державна академія фізичної культури,

²Харківський національний університет радіоелектроніки

Вступ. Гіпертонія – це найпоширеніша патологія в Україні, яка займає перше місце в структурі непрацездатності, інвалідності та смертності населення. Гіпертонічна хвороба є найбільш частим захворюванням серед патологій серцево-судинної системи. В Україні на сьогоднішній день налічується 13 млн. гіпертоніків. Гіпертонічна хвороба є досить поширеною як серед чоловіків так і серед жінок [11,12]. Пусковим механізмом розвитку гіпертонічної хвороби у людини є нервовий імпульс. Початковою ланкою цього механізму служать емоція, душевне переживання, яке супроводжується і у здорових людей багатьма реакціями зі сторони організму, та зокрема підвищенням артеріального тиску. Дослідження впливу вправ ЛФК на хворих гіпертонічною хворобою, з метою покращення їх стану мають велике значення у розробці методів та комплексів лікувальних заходів. У наш час недостатня кількість уваги приділяється розробці комплексів вправ з лікувальної фізичної культури при серцево-судинних захворюваннях, зокрема при гіпертонічній хворобі, у зв'язку з існуючими показаннями та протипоказаннями. Оскільки дані вправи є ефективними при лікуванні гіпертонії, необхідно більш детально їх розглянути та дослідити [14,20,21].

Мета роботи. Розглянути сучасні засоби фізичної терапії при гіпертонічній хворобі I стадії на поліклінічному етапі.

Завдання дослідження. Розглянути диференційований підхід до застосування засобів фізичної терапії при гіпертонічній хворобі I стадії.

Матеріал та методи. Аналіз та вивчення спеціальної літератури з проблеми етіології, патогенезу, та з застосування засобів фізичної терапії при гіпертонічній хворобі I стадії на поліклінічному.

Результати. В нашій країні термін «гіпертонічна хвороба» використовується з 1922 року, коли він був запропонований Г.Ф. Лангом (1875-1948). У більшості країн світу замість «гіпертонічна хвороба» застосовують термін «первинна (есенціальна) гіпертензія» [15,16,17]. Сутність хвороби залишається не цілком з'ясованою. Етіологія гіпертонічної хвороби розвивається внаслідок перенапруження психічної діяльності під впливом дії психоемоційних факторів, що викликають порушення кіркової і підкіркової регуляції вазомоторної системи і гормональних механізмів контролю АТ [18,24].

Тривале підвищення артеріального тиску може призвести до ураження органів і розвитку ряду ускладнень: інсульту, енцефалопатії, гіпертрофії лівого шлуночка, серцевої, ниркової недостатності та інших. Підвищення артеріального тиску прискорює перебіг атеросклеротичного процесу, підвищує ризик розвитку стенокардії, інфаркту міокарда і раптової зупинки серця. У той

же час адекватні терапевтичні заходи здатні знизити серцево-судинну захворюваність і смертність, поліпшити перебіг і прогноз артеріальної гіпертонії [5,22].

Артеріальна гіпертонія прискорює розвиток атеросклерозу, є одним з його найважливіших чинників ризику, тому ці два захворювання часто супроводжують один одного. Особливо часто зустрічається поєднання ІХС, її різних форм (стенокардія, інфаркт міокарда, аритмія) і артеріальної гіпертонії. У таких хворих найвищий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень і смерті [5,10,22,25,26].

Порушення ліпідного складу крові виявляються у 40-85% хворих з артеріальною гіпертонією. Дисліпідемія, що виявляється гіперхолестеринемією, потенційно найбільш атерогена. Слід пам'ятати, що підвищення холестерину на 1% призводить до збільшення ризику розвитку ІХС на 2%. У хворих на артеріальну гіпертонію спостерігаються зрушення ліпідного спектра: збільшення кількості ліпопротеїдів, що містять велику кількість тригліцеридів - ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) і зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) [27].

За даними Фременгемського дослідження, ожиріння грає основну роль у розвитку гіпертонічної хвороби [33]. Проблема артеріальної гіпертонії (АГ) в поєднанні з ожирінням знаходиться в центрі уваги сучасної медицини в зв'язку з ранньої інвалідизації, підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень (ССО) і передчасною смертністю. [28,29,30].

Поширеність артеріальної гіпертонії серед хворих на цукровий діабет II типу збільшується з віком і в залежності від наявності протеїнурії, ожиріння, приналежності до жіночої статі і тривалості захворювання. Артеріальна гіпертонія зустрічається у 40-60% хворих на інсуліннезалежний цукровий діабет і є фактором ризику розвитку пізніх судинних ускладнень: діабетичної ретинопатії, ІХС, порушень периферичного і церебрального кровообігу [6,8,9,19,31].

Розвиток артеріальної гіпертонії в будь-якому віці може супроводжуватися порушенням функції зовнішнього дихання за типом бронхіальної обструкції. Основною причиною інсульту є артеріальна гіпертензія (Donnan, 1997). Взаємозв'язок між рівнем АТ і частотою мозкового інсульту була доведена в ряді епідеміологічних досліджень [5].

Насамперед необхідно звертати увагу на фактори ризику гіпертонічної хвороби, вплив на які може значно знизити імовірність розвитку захворювання. Зокрема, можна виділити поведінкові фактори ризику, серед яких: вживання в їжу продуктів, які містять багато солі та жирів, натомість відсутність в раціоні достатньої кількості фруктів та овочів; зловживання алкоголем, куріння; гіподинамія; переживання стресових ситуацій [2,14,24].

Дотримання призначеного лікарем режиму і ритму харчування – важлива умова профілактики гіпертонічної хвороби і лікування її у всіх стадіях. Було встановлено, що фізіологічно адекватною і патогенетичною виваженою дієтою при лікуванні хворих гіпертонічною хворобою є гіпонатрієва (безсольова) дієта

№ 10, яка містить 100 г білків, 80 г жирів і 4,00 г вуглеводів, збагачена вітамінами С, РР, групи В, солями магнію і ліпотропними речовинами, при енергетичній цінності 2740 ккал [2,14].

Серед лікувальних методів при гіпертонічній хворобі велике значення мають фізіотерапевтичні процедури. Вони справляють заспокійливий, психотерапевтичний, а в ряді випадків умовно-рефлекторний вплив. Цими методами нерідко можна досягти не тільки поліпшення самопочуття хворих, а й деякого зменшення артеріального тиску [1].

Масаж можна проводити незалежно від того, в якій стадії хвороба знаходиться. Але є деякі протипоказання, які не слід ігнорувати. Масаж при гіпертонічній хворобі сприяє зменшенню головного болю і запаморочення, зниження артеріального тиску, поліпшенню психоемоційного стану [3,4].

Одним із важливих компонентів комплексного лікування гіпертонічної хвороби є санаторне лікування. Воно рекомендується переважно для хворих у I та II стадіях хвороби при відсутності вираженої схильності до частих спазмів судин. Санаторне лікування для хворих у III стадії хвороби, як правило, протипоказане, якщо воно пов'язане із зміною клімату. Санаторне лікування у звичній кліматичній зоні сприятливіше ще й тому, що позбавляє хворого неприємних емоцій, які виникають при далеких переїздах [20,21].

У практиці лікарської діяльності при лікуванні хворих з ГХ на початкових етапах виникнення можна використовувати фітотерапію, де враховуються індивідуальні клініко-патогенетичні підходи до лікування хворого, оскільки зустрічаються хворі резистентні до даного виду терапії. Але, не зважаючи на слабку у них ефективність фітотерапії, потрібно зауважити, що, в основному, лікарські трави сприяють більш м'якому протіканню ГХ, оскільки вони мають загальну біологічну дію [7,13].

Фізичні вправи займають одне із найважливіших місць серед немедикаментозних методів лікування та реабілітації ГХ. При регулярних заняттях фізичними вправами знижується АТ, зменшується ЧСС, збільшується сила і продуктивність серцевого м'яза, ефективніше функціонують депресорні системи. Під впливом циклу тренувальних навантажень настає узгодженість величин серцевого викиду та судинного опору кровообігу, який лежить в основі нормалізації АТ при ГХ [10,11,23].

Завдяки фізичним вправам додатково розкривається велика кількість резервних капілярів і АТ може знижуватися, так як зменшується периферичний опір і серцю досить виконати меншу роботу. Відомо, що розвиток несерцевих факторів кровообігу, які настають при дозованому фізичному навантаженню, також сприяють покращенню периферичного кровообігу [11,12].

Застосування гідрокінезотерапевтичного комплексу ґрунтується на властивостях води і особливостях її впливу на організм. У першу чергу використовується механічна дія водного середовища, її підйомна сила що виштовхується і гідростатичний тиск [2,14].

Лікування хворих на гіпертонічну хворобу по можливості треба максимально індивідуалізувати. Вибираючи метод лікування, лікар враховує

тип нервової системи хворого, його вік, стадію, фазу та форму хвороби, реактивність організму [20,21,24].

Висновки.

1. Лікування гіпертонічної хвороби має бути комплексним, індивідуальним в залежності від стадії захворювання, віку хворого, стану нервової системи.

2. Дуже важливо врахувати супутню патологію захворювання та їх протипоказання при застосуванні засобів фізичної терапії.

3. Лікування повинно включати дієтотерапію, медикаментозну терапію, фітотерапію, фізіотерапевтичне лікування, масаж, лікувальну фізкультуру, санаторно-курортне лікування.

Література

1. Алымкулов Д.А., Симоненко Т.С. Физиотерапия и курортология. Бишкек, 2005. 311 с.
2. Бабов К.Д., Бліндер М.А., Богданов М.М. Немедикаментозне лікування в клініці внутрішніх хвороб. Київ, 1995. 528 с.
3. Васичкин В.И. Сегментарный массаж. Санкт-Петербург, 1999. 157 с.
4. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання. 2-е вид., перероб. й доп. Харків, 2013. 296 с.
5. Калмиков, С. А., Манучарян, С. В., & Миронова, Г. В. (2016). Аналіз ефективності фізичної реабілітації чоловіків другого зрілого віку, хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, (2), 21-23.
6. Калмиков, С., & Калмикова, Ю. (2017). Сучасні погляди на використання методик лікувальної фізичної культури у фізичній терапії хворих на цукровий діабет 2 типу. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, (1), 10-15.
7. Калмиков, С.А. (2008), *Фітотерапія*, ХДАФК, Харків.
8. Калмиков, С.А. (2012), *Комплексна фізична реабілітація осіб зрілого віку, хворих на цукровий діабет 2 типу, на поліклінічному етапі: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.24 «Лікувальна фізична культура та спортивна медицина»*, ДЗ "Дніпропетр. мед. акад. МОЗ України", Дніпропетровськ, 24 с.
9. Калмиков, С.А., (2012), "Динаміка показників вуглеводного обміну у хворих на цукровий діабет 2-го типу на тлі застосування засобів фізичної реабілітації", *Слобожанський науково-спортивний вісник*, № 5-1 (32), С.102-105.
10. Калмиков, С.А., Калмыкова, Ю.С., Поруччикова, Л.Г. (2015), "Оценка эффективности методик лечебной физкультуры при гипертонической болезни", *Проблеми безперервної медичної науки та освіти*, № 1(17), С. 19-24.
11. Калмикова, Ю.С., Калмиков, С.А., Садат, К.Н. (2017), "Застосування засобів фізичної терапії у відновному лікуванні гіпертонічної хвороби", *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, № 1, С. 16-26.
12. Калмикова, Ю.С., Яковенко, Л.Ю. (2015), "Особенности застосування методик лікувальної фізичної культури при гіпертонічній хворобі I стадії", *Фізична культура, спорт та здоров'я: матеріали II Всеукраїнської студентської наукової інтернет-конференції*, 10-11 грудня 2015 року, ХДАФК, Харків, С. 195-197.
13. Калмыков, С.А. (2006), "Фитотерапия в комплексном лечении и реабилитации больных с начальными стадиями гипертонической болезни", *Физическое воспитание студентов творческих специальностей*, № 5, С. 76-87.
14. Калмыков, С.А., Феде, Б.С. (2016), "Актуальные вопросы немедикаментозной терапии

- начальных стадий гипертонической болезни", *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, № 3, С. 101-108.
15. Ланг, Г. Ф. (1922). О гипертонии. *Архив гос. Клин. Института усовершенствования врачей. Петроград*, 16-22.
 16. Ланг, Г. Ф. (1936). Вопросы патологии кровообращения и клиники сердечно-сосудистых болезней: Вып. 1. *Л.: Биомедгиз*, (1), 140.
 17. Ланг, Г. Ф. (1938). Учебник внутренних болезней. *Медгиз (1926-1930)*.
 18. Ланг, Г. Ф. (1958). Болезни системы кровообращения. 2 изд. *Москва-Ленинград*, 348.
 19. Мастеров, О.С., Калмиков, С.А. (2017), "Аналіз результатів корекції гіперглікемії при цукровому діабеті 2 типу засобами фізичної терапії", *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, № 1, С. 44-52.
 20. Мухін В.М. Фізична реабілітація. Київ, 2005. 471 с.
 21. Попов С.Н., Валеєв Н.М., Гарасєєва Т.С. Лечебная физическая культура. 5-е изд., стер. Москва, 2008. 416 с.
 22. Пешкова, О. В., & Калмыкова, Ю. С. Комплексная физическая реабилитация мужчин пожилого возраста, страдающих стабильной стенокардией напряжения (III функциональный класс), в условиях стационара. *Слобожанський науко-во-спортивний вісник*. 2005. Вип. 8. С. 185-188.
 23. Рацун, М., Пешкова, О.В., Калмиков, С.А. (2015), "Комплексна фізична реабілітація при гіпертонічній хворобі I стадії на санаторному етапі реабілітації", *Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації: матеріали I Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф.*, 23 квітня 2015 року, ХДАФК, Харків, С. 127-130.
 24. Серцево-судинні захворювання: методичні рекомендації з діагностики та лікування / за редакцією чл.-кор. АМН України проф. В.М. Коваленка, проф. М.І. Лутая. Київ, 2005. 542с.
 25. Турко, Л.В., Калмиков, С.А. (2015), "Застосування засобів фізичної реабілітації при ішемічній хворобі серця", *Збірник наукових праць Харківської державної академії фізичної культури*, № 2, С. 219-225.
 26. Kalmykov, S. & Kalmykova, Y. (2017), "Dynamics of cardiovascular parameters in combined aortic malformations under the influence of a physical therapy program during the rehabilitation process", *Slobozhanskyi herald of science and sport*, No. 6(62), pp. 43-47.
 27. Kalmykov, S.A. (2010). Dislipoproteinemia in type II diabetes mellitus and their correction. *Medical perspectives*, 15(3), 79-84.
 28. Kalmykov, S.A. (2012). Complex physical rehabilitation of persons of mature age, patients with type 2 diabetes mellitus, at the polyclinic stage: Dissertation of the candidate of medical sciences; Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine, 240.
 29. Kalmykov, S.A., Kalmykova, Y.S. & Bezyazichnaya, O.V. (2015), "Study of variability of antropometric and hemodynamic parameters in patients with alimentary obesity on the background of application of physical rehabilitation techniqu", *News of science and education*, No. 15(39), pp. 38-46.
 30. Kalmykova, Y., Kalmykov, S., & Bismak, H. (2018). Dynamics of anthropometric and hemodynamic indicators on the condition of young women with alimentary obesity in the application of a comprehensive program of physical therapy. *Journal of Physical Education and Sport*, 18(4), 2417-2427.
 31. Kalmykova, Y., Kalmykov, S., Polkovnyk-Markova, V., & Reutska, A. (2018). Application and influence of the complex program of physical therapy on the state of the cardiovascular and autonomic nervous system of young women, patients with alimentary obesity. *Slobozhanskyi herald of science and sport*, (5 (67)), 22-27.
 32. Yuliya, K. and Sergey, K. (2018), "Physical exercise application for the correction of carbohydrate metabolism in diabetes mellitus", *Journal of Physical Education and Sport*, No.

18(2), pp. 641-647, doi: 10.7752/jpes.2018.02094.

33. Nedogoda S.V., Barykina I.N., Chalyabi T.A., Butrina L.V., Brel U.A., Mazina G.V., Podolskaya E.A. Obesity and arterial hypertension. Part II: features of antihypertensive therapy in obese patients. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2009;8(1):88-98. (In Russ.)

Інформація про авторів:

Калмикова Ю.С.

доцент кафедри фізичної терапії
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна
yamamaha13@gmail.com

Оршацька Н.В.

старший викладач кафедри фізвиховання та спорту
Харківський національний університет радіоелектроніки
Харків, Україна
d_pht@nure.ua

Поступила до редакції 16.11.2019р.

Техніка пропріоцептивної нейро-м'язової фасилітації при артрозах плечового суглоба

Таможанська Г.В., Мятига О.М.

Національний фармацевтичний університет

Актуальність. Артроз плечового суглоба – захворювання, схильне до прогресування та хронізації, викликане дегенеративними процесами і порушенням трофіки в структурних одиницях зчленування. В основі патологічних процесів в плечовому суглобі лежать порушення механізмів метаболізму, нейротрофіки і імунітету. Існує зв'язок між артрозом плеча і патологією внутрішніх органів. Основним симптомом патології плечового суглоба є біль різної інтенсивності, періодичності та локалізації. Крім хворобливості, відзначаються: обмеження рухливості та скутість рухів [3].

Застосування засобів фізичної терапії дозволяє підвищити загальний тонус організму та емоційний стан пацієнта, відновити силові та швидкісно-силові можливості нервово-м'язового апарату, відновити амплітудні характеристики суглобів, зміцнити ослаблені внаслідок контрактури м'язи та відновити координацію рухів верхньої кінцівки [1, 2].

Мета роботи: розробити та науково обґрунтувати застосування сучасних засобів фізичної терапії при артрозах плечового суглобу для поліпшення функціональних можливостей та повернення активності повсякденного життя.

Завдання дослідження: визначити ефективність впливу та практичну доцільність реабілітаційного втручання для жінок середнього віку з артрозом плечового суглобу.

Матеріал та методи: Були проведені обстеження функціонального стану систем організму жінок середнього віку основної та контрольної груп, які страждають на артроз плечового суглобу на постгоспітальному періоді лікування. Цей період характеризується поступовим відновленням порушених функцій пошкодженої кінцівки. Однак мають місце залишкові явища у вигляді м'язових атрофій та тугорухливості у плечових суглобах.

Результати. Виходячи з аналізу даних, отриманих при первинному обстеженні обох груп пацієнтів, практично не було відзначено достовірних відмінностей за показниками функцій серцево-судинної та дихальної систем; даних функціональної проби, а також показників гоніометрії плечового суглоба та обхвату сегмента плеча м'язів в розслабленому стані. Всі види рухів в плечовому суглобі пошкодженої руки (згинання, відведення, зовнішня і внутрішня ротація) однаково були знижені у жінок обох груп у порівнянні з належними віковими нормами ($p > 0,05$). Гоніометрія плечового суглоба (в градусах) при первинному обстеженні склала: згинання пошкодженої руки в контрольній групі - $41,00 \pm 1,00$, в основний - $44,40 \pm 1,96$ ($p > 0,05$); відведення пошкодженої руки в контрольній групі - $46,00 \pm 1,09$, в основний - $44,00 \pm 1,03$ ($p > 0,05$); зовнішнє обертання пошкодженої руки в контрольній групі - $39,80 \pm 0,84$, в основний - $39,80 \pm 0,91$ ($p > 0,05$); внутрішнє обертання пошкодженої руки в контрольній групі - $31,00 \pm 0,57$, в основний - $30,90 \pm 0,56$ ($p > 0,05$).

Обхват сегмента плеча і сила м'язів кисті пошкодженої руки були також достовірно менше в порівнянні зі здоровою рукою, як у жінок контрольної, так і основної групи: обхват сегмента плеча (в см) пошкодженої руки в контрольній групі - $27,60 \pm 0,40$, в основній - $25,90 \pm 1,00$ ($p > 0,05$); сила м'язів кисті (кг) пошкодженої руки в контрольній групі - $10,70 \pm 0,42$, в основній - $10,20 \pm 0,32$ ($p > 0,05$).

Після обстеження для пацієнтів основної групи було запропоновано застосування техніки пропріоцептивної нейро-м'язової фасилітації (PNF). Концепція PNF спрямована на ліквідацію патологічних клінічних проявів, покращення функціональних можливостей та передбачає деякі техніки [5, 6].

Для пацієнтів основної групи ми запропонували релаксаційну техніку: скорочення-розслаблення (contract relax) та утримання – розслаблення (hold relax). При застосуванні техніки скорочення-розслаблення виконується ізотонічне скорочення м'язів, яким надається опір, з наступним розслабленням і рухом по розширеній амплітуді. Застосування цієї техніки дозволяє збільшити активну і пасивну амплітуду рухів, збільшити силу м'язів, покращити стабільність і баланс та зменшити больові відчуття [6].

Пацієнти контрольної групи займалися загальноприйнятими лікувальними вправами [1, 2].

При повторному обстеженні через два місяці після реабілітаційного втручання у пацієнтів обох груп відзначалася позитивна динаміка вивчених показників серцево-судинної, дихальної системи та опорно-рухового апарату. Однак, слід зазначити більш виражений достовірний характер позитивних змін у жінок основної групи.

При повторному обстеженні опорно-рухового апарату всі види рухів в ушкодженій кінцівці (згинання, відведення, зовнішня і внутрішня ротація в плечовому суглобі) були достовірно покращені у пацієнтів основної групи ($p < 0,001$). Гоніометрія плечового суглоба (в градусах) при повторному обстеженні склала: згинання пошкодженої руки в контрольній групі - $59,20 \pm 0,80$, в основній - $78,60 \pm 1,63$ ($p < 0,001$); відведення пошкодженої руки в контрольній групі - $55,10 \pm 2,19$, в основній - $78,60 \pm 1,63$ ($p < 0,001$); зовнішнє обертання пошкодженої руки в контрольній групі - $58,70 \pm 1,00$, в основній - $77,20 \pm 01,83$ ($p < 0,001$); внутрішнє обертання пошкодженої руки в контрольній групі - $51,90 \pm 0,69$, в основній - $65,70 \pm 0,90$ ($p < 0,001$). Така ж закономірність спостерігалася при повторному обстеженні обхвату сегмента плеча. Аналіз змін цих показників вказував на зменшення атрофії м'язів плеча пошкодженої руки, як у пацієнтів контрольної, так і основної групи, проте, більш вираженими ці зміни були у жінок основної групи ($p < 0,001$).

Висновки:

Застосована техніка пропріоцептивної нейро-м'язової фасилітації дозволила пацієнтам основної групи: 1. повернути ефективні рухові функції за рахунок зменшення больових відчуттів; 2. підвищити здатність до скорочення м'язів та збільшення сили верхньої кінцівки; 3. збільшити амплітуду активних та пасивних рухів; 4. покращити здібності до руху та до збереження

стабільності.

Література

1. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії: Підручник /Л.О. Вакуленко, В.В. Клапчук. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. 372 с.
2. Основи фізичної реабілітації: Навч.-метод. посіб. /Ю.В. Карпухіна. – Херсон: Олді-плюс, 2016. 248 с.
3. Травматологія та ортопедія: Підручник / Г.Г. Голки, О.А Бур'янов, В.Г. Климовицький. - Вінниця "Нова Книга», 2019. 415 с.
4. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини /Офіційний журнал українського товариства фізичної та реабілітаційної медицини №2 (2). – 2018. 206 с.
5. Hertsyk AM. SMART goal setting in physical therapy. Львів:Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільств. 2016; 2(34): с. 57-8.
6. Kaminski TW, Buckley BD, Powers ME, Hubbard TJ, C. Ortiz. Effect of strength and proprioception training on eversion to inversion strength ratios in subjects with unilateral functional ankle instability. Br J Sports Med. 2013;(37):410-5.

Інформація про авторів:

Таможанська Г.В.

зав. каф. фізичної реабілітації та здоров'я
кандидат педагогічних наук
Національний фармацевтичний університет
Харків, Україна
kulichka79@ukr.net

Мягига О.М.

доцент кафедри фізичної реабілітації та здоров'я
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Національний фармацевтичний університет
Харків, Україна
olenam2013@yandex.ua

Поступила до редакції 27.11.2019р.

Формування позитивної мотивації до занять фізичною культурою у школярів

Щелкунов А.О., Шаповалов М.А., Холіч Є.А.

Державний вищий навчальний заклад

«Донбаський державний педагогічний університет»

Вступ. В Україні останніми роками спостерігається тенденція різкого погіршення здоров'я і фізичної підготовленості дітей і молоді. Серед основних причин цієї кризи варто відзначити знецінення соціальної престижності фізичної культури, спорту, здорового способу життя, мінімальна соціально-оздоровча цінність фізичної культури в дошкільних учбових закладах, явний недолік фінансування розвитку фізичної культури і спорту. Все це зумовило низький рівень позитивної мотивації до систематичних занять фізичною культурою, спортом, здорового способу життя у учнів загальноосвітніх шкіл.

Дуже важливо зараз радикально переглянути і почати перебудовувати систему фізичного виховання дітей і молоді. Слід формувати у них моральне і психічне здоров'я, свідому потребу в систематичній фізичній досконалості, розвиток позитивної мотивації, свідомої вимоги до систематичних і організованих занять фізичною культурою, спортом, придбанням знань і умінь здорового способу життя.

Мета дослідження – експериментально обґрунтувати можливість використання з метою оптимізації в загальноосвітній школі різнорівневих режимів рухової активності. Визначити педагогічну модель формування позитивної мотивації до систематичних занять фізичною культурою, спортом і здорового способу життя у учнів загальноосвітніх шкіл.

Завдання дослідження. Визначити педагогічну модель формування позитивної мотивації до систематичних занять фізичною культурою, спортом і здорового способу життя у учнів загальноосвітніх шкіл.

Результати. Різні спонукання, що відносяться до мотиваційної сфери, наприклад, пізнавальні і соціальні мотиви, за своїм проявом неоднакові, вони по-різному проявляються в ході навчання і занять фізичною культурою і спортом (ЗФК і С). Учителю потрібно реєструвати різні прояви активного відношення школярів до навчання і ЗФК і С з окремими видами мотивів у ході уроку співвідносячи їх. За твердженням В.Г. Григоренка пізнавальні мотиви мають такі ознаки:

Широкі пізнавальні мотиви: виконання навчальних завдань, підвищеної трудності, вираження позитивної реакції; прояв інтересу до додаткових відомостей, відношення до необов'язкових завдань; самостійне виконання навчальних завдань у вільний час.

Навчально-пізнавальні мотиви: самостійне звертання школярів до пошуку способів роботи, розв'язання, аналіз розв'язання задачі після позитивного результату; інтерес при переході до нової дії, до введення

нових задач; зацікавленість в аналізі власних помилок, самоконтроль у ході занять, як умова уваги і зосередженості.

Мотиви самоосвіти: звернення до вчителів і дорослих з питаннями про способи раціональної організації навчальної праці і прийомах самоосвіти; усі можливі дії школярів по здійсненню самоосвіти (відвідування секцій, гуртків).

У соціальних мотивів інші ознаки:

1) Соціальні широкі мотиви: вчинки, що відбивають розуміння школярем значимості навчання і ЗФК і С у цілому; відмовлення особистим інтересам заради суспільних, включення у види суспільно-корисної діяльності.

2) Соціальні позиційні мотиви: спроби до взаємодії і контактів з однолітками; звертання до партнера в ході ЗФК і С; ініціатива і безкорисливість при допомозі партнеру; відгук на прохання партнера про допомогу.

3) Мотиви соціального співробітництва: бажання зрозуміти способи колективної роботи й удосконалити їх; прояв інтересу до обговорення різних способів фронтальної і групової роботи в класі, прагнення до пошуку їх оптимальних варіантів, інтерес до переключення з індивідуальної роботи до колективної на колективну і назад.

Дослідницька робота була реалізована на базі загальноосвітніх шкіл №№ 12, 15 м. Слов'янська Донецької області. У дослідженні прийняли участь 185 учнів у віці від 11 до 17 років.

Результати наших досліджень дозволили встановити наступне.

На заняттях старанність виявляється у наступному: уміння школярів ставити самостійні, нові, гнучкі перспективні цілі, уміння працювати за інструкцією, доводити задачу до кінця, прагнути до завершеності дій, самостійне подолання труднощів чи звертання за допомогою.

Емоції задоволення при контакті з учителем, при справедливих відзивах проявляються в гарній дисципліні і тиші на заняттях, у числі реплік, вигуків і коментарів школярів.

Відсутність інтересу до ЗФК і С проявляється у пасивності і байдужості школярів, небажанні виявляти активність, самостійність і ініціативу у навчальній діяльності; байдужість і нудьга.

Показником характеру мотивації ЗФК і С є реальні вчинки школярів у навчальних і позанавчальних ситуаціях. Варто звертати увагу не на один учинок, а на серію вчинків у різних ситуаціях. Необхідно шукати перспективу розвитку і знань, сильні сторони мотивації кожного учня. Вивчення мотивації кожного окремо узятим учнем краще за все будувати шляхом порівняння «незалежних характеристик», що дається кожному школяреві декількома вчителями, класним керівником, батьками [3].

При формуванні мотивації вчитель повинний спиратися на перспективи, резерви і задачі розвитку мотивації ЗФК і С у даному віці. Тому для цього необхідно виходити з вікової своєрідності діяльності

мотивації як важливої особистісної характеристики в даному віці, у віці попередньому даному, у віці, що впливає за даним. При формуванні мотивації упор повинний бути на її реальний рівень, що склався в попередньому віці. Також необхідно припускати визначення найближчих перспектив її розвитку (у даному віці) і далеких перспектив її розвитку (у наступному віці).

Для того, щоб мобілізувати резерви мотивації в кожному віці слід «включити» дитину в активні види діяльності (навчальну) і види суспільних взаємодій його з іншою людиною (учителем, однолітками).

При здійсненні цих видів діяльності і соціальних контактів у учня утворюються нові якості психічного розвитку, які прийнято називати психічними новоутвореннями. За даними психологічних досліджень психічні новоутворення складаються в прояві у дитини нового, діючого відношення, нової позиції:

- а) до досліджуваного об'єкту;
- б) до іншої людини;
- в) до себе і своєї діяльності.

Щодо мотивації ці нові психологічні якості виглядають так:

1. Ми називаємо пізнавальною активністю усі види активного відношення до ЗФК і С як до пізнання: наявність змісту, усі види пізнавальних мотивів (прагнення до нових умінь, знань, до способів їхнього придбання прагнення до самоосвіти); цілі, що реалізують їх пізнавальні мотиви, які обслуговують їх емоції. Включаючи все це, школяр формується як суб'єкт навчальної діяльності.

2. Соціальною активністю називають усі види активного відношення ЗФК і С до спілкування, до взаємодії і співробітництва. Сюди відноситься наявність змісту, значимість до школяра ЗФК і С, як взаємодії з іншою людиною, усі види соціальних мотивів (прагнення знайти позицію у відношенні з іншими людьми), цілі, що обслуговують ці соціальні мотиви; емоції, що супроводжують соціальні мотиви ЗФК і С. Включаючи все це, школяр формується як суб'єкт взаємодії, спілкування з іншою людиною.

3. Останнє, це новий тип відносини до себе. Він виступає як вміння усвідомлювати і перебудовувати свою мотиваційну сферу, підпорядковувати мотиви декількох видів діяльності, змінювати свої цілі. Тут будується фундамент для становлення школяра як суб'єкта своєї мотиваційної сфери. Сукупність усіх цих разом узятих змін формує учня, як суб'єкт навчання і виховання в широкому плані.

4. Критеріями наявності новоутворення в мотиваційній сфері є не загальне зростання позитивного відношення до ЗФК і С, а якісна зміна її окремих сторін, ускладнення їхніх відносин і будівля мотиваційної сфери, регульована волею, її організація. У мотиваційній сфері відбулися якісні зміни, якщо випускника школи виховали як активну особистість, спонукувану системою діючих мотивів, де переважають соціально-значущі

мотиви з колективістичною спрямованістю, здатні реалізувати ці мотиви через самостійну постановку гнучких, перспективних цілей і їх досягнення, тобто усвідомленню удосконалювати самого себе в ході цих перетворень, бути готовим прийняти на себе всю міру відповідальності за свої вчинки і дії в системі суспільних відносин.

5. Виділяють наступні шляхи формування мотивації:

а) шлях “зверху вниз” – прищеплювання школярам ідеалів, якими повинні бути мотиви ЗФК і С. На це спрямована вся система морального виховання в суспільстві, у школі. Школьник приймає “знані” мотиви як еталони, по яких він звіряє своє поведження, робить прирівнювання своїх мотивів з мотивами, пропонованими суспільством. Мінус цього шляху – небезпека чисто формального засвоєння необхідних спонукань.

б) шлях “знизу вгору” – школяр включається дорослими у реальний вид діяльності і так здобуває практичний досвід моральної поведінки. У нього складаються реально діючі мотиви. Мінус цього шляху – непевність у тім, що у школяра складуться ті спонукання, що необхідні.

Єдність цих шляхів виховання дає правильне сполучення “знаних” і реально діючих мотивів, що забезпечують зрілість особистості школярів, єдність слова і справи [5].

Вихованню мотивації це тривалий процес, що пов’язаний зі становленням особистості школярів у цілому. Необхідно багато часу кропіткої праці для того, щоб установити гриму і стійку зміну в мотиваційних установках школяра. Варто відзначити, що пізнавальні мотиви у школярів перебудовуються легше і швидше, ніж соціальні. Протягом декількох місяців при систематичному відпрацьовуванні навчальної діяльності, її компонентів, у школярів виникає чітка орієнтація не тільки па результати, але і на способи роботи, тобто розвинути навчально-пізнавальні мотиви. Соціальні мотиви вимагають комплексної виховної роботи. Правда, для їхнього становлення в ході навчальної діяльності можна багато чого зробити.

При ЗФК і С школяр здійснює і предметні перетворення, і взаємодію з іншою людиною, змінює свою діяльність, а також самого себе. Тому тут складаються нові види пізнавальної і соціальної активності, а також діюче відношення до своєї мотиваційної сфери [4, 6].

Основний показник характеру мотивації – реальні вчинки підлітка в учбових і позанавчальних ситуаціях. Судити про мотивацію школярів не слід по випадкових або окремих епізодах. Вивчення мотивації кожного учня краще будувати шляхом зіставлення “незалежних характеристик” даних цьому учню декількома вчителями, батьками.

Головний шлях виховання повноцінної мотивації це не тільки стан сприятливого клімату в ході занять, а і включення школярів реальні види діяльності, способи взаємодії з оточуючими. Психологічно обґрунтований шлях формування мотивації школярів полягає в наступному:

- вчитель визначає задачі формування мотивації в цьому віці з

урахуванням його перспектив;

- з'ясовує стан мотивації навчання у учнів;
- організовує види активної діяльності школяра, здійснює широку виховну роботу, організовує виконання завдань, направлених на усвідомлення своєї мотиваційної сфери.

Динаміка формування у школярів позитивної мотивації до систематичних занять фізичною культурою і спортом органічно взаємозв'язані з кількісними і якісними показниками стану їх рухової сфери психо-функціональних можливостей.

Висновки. Таким чином була розроблена програма формування у підлітків позитивної мотивації до систематичних занять фізичною культурою і спортом. Її напрям – розвиток основних чинників психолого-педагогічного механізму свідомого сприйняття структурних компонентів в процесі фізичного вдосконалення людини. Методичними особливостями програми були методи індивідуального дозування педагогічних чинників; єдність уроків фізичної культури, форм позакласних і позашкільних занять.

Література

1. Виноградов П.А., Душанкин А.Л., Жолдак В.И. (1996) Основы физической культуры и здорового образа жизни: Учебное пособие. –Москва: Советский спорт.
2. Матвеев Л.Б. (1991) Теорія і методика фізичної культури. – М.: ФіС.
3. Остапенко А.А. (2008) Педагогическая система и педагогическое мастерство: соотношения понятий и структур. Школьные технологии 5. 41–46.
4. Хекхаузен Х. (1998). Мотивация и деятельность. (Т.1 – 408 с). Москва. Педагогика.
5. Холодов Ж.К. (2003). Теорія і методика фізичного виховання і спорту: Учеб. посібник для студ. вищ. навч. закладів. – 2-ге вид., Испр. і доп. (Ред. Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов). – М.: Видавничий центр Академія.

Інформація про авторів:

Щелкунов А.О.

доцент кафедри методики викладання спортвно-педагогічних дисциплін
кандидат наук по фізичному вихованню і спорту
Державний вищий навчальний заклад «Донбаський державний педагогічний
університет»
Слов'янськ, Україна
afhn60@gmail.com

Шаповалов М.А.

кафедра методики викладання спортивно-педагогічних дисциплін, студент 4 курс
Державний вищий навчальний заклад «Донбаський державний педагогічний
університет»
Слов'янськ, Україна
afhn60@gmail.com

Холіч Є.А.

Державний вищий навчальний заклад «Донбаський державний педагогічний університет»

Слов'янськ, Україна

afh60@gmail.com

Поступила до редакції 18.11.2019р.

Сенсорна інтеграція в реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи

Без'язична О.В.

Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Впродовж останніх років зберігається негативна тенденція в динаміці показників здоров'я дитячого населення. Питома вага практично здорових дітей зменшується, однак, зростає кількість дітей-інвалідів з порушенням фізичного та розумового розвитку. За даними висновків експертів ВООЗ, тенденція до збільшення кількості дітей-інвалідів відзначається у всьому світі, ріст складає 3-4 % від загального числа дітей (США – 4%, КНР – 4,9%, Великобританія – 2,5%) [4]. За даними центру медичної статистики МОЗ України, рівень загальної інвалідності дітей більше як за десятирічний період збільшився на 85%. В Україні щорічно статус дитина-інвалід отримує близько 16000 дітей. Стала тенденція до зростання прошарку соціально-дезадаптованих дітей в Україні, визначає необхідність ранньої діагностики, корекції та реабілітації неврологічної дисфункції [2].

Мета роботи – на підставі проведення аналізу науково-методичної літератури охарактеризувати використання сенсорної інтеграції в комплексній реабілітації дітей з ураженнями нервової системи.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу з питань сенсорної інтеграції при ураженнях нервової системи у дітей.
2. Охарактеризувати особливості використання методики сенсорної інтеграції в реабілітації дітей з ураженнями нервової системи.

Матеріал та методи. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Результати. Сенсорна інтеграція – це загальна для всіх людей функція мозку, яка полягає в організації потоку стимулів від органів чуття для формування сенсорного досвіду та адаптивних реакцій на умови навколишнього середовища. У процесі розвитку дитини на основі сенсорного досвіду формується осмислена, доцільна поведінка та поступово освоюються більш складні види діяльності – від елементарних рухів до навчання і творчості. Порушення обробки сенсорної інформації на будь-якому з рівнів нервової системи, яке спостерігають у дітей з уродженими або набутими її ураженнями, негативно впливає на такі важливі сфери життя, як освоєння рухових навичок, емоції, ігрова діяльність, регуляція поведінки, навчання та соціальна взаємодія.

Теорію сенсорної інтеграції та основні принципи терапії, яка базується на сенсорній інтеграції (сенсорно-інтегративної терапії), розробила американський психолог та ерготерапевт Джин Айрес (Jean Ayres, 1920-1988) у 1950-х роках у Каліфорнії [1;2].

Сенсорна інтеграція базується на:

1. Теорії сенсорної переробки інформації, яка ґрунтується на теорії неврологічного розвитку та функціонування людини.

2. Вивчення діяльності вищих коркових функцій, до яких належать, наприклад, мислення, творчість.

3. Вивчення проблем, з якими стикаються лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти та ерготерапевти.

Мета методики: підвищення здатності дитини сприймати й організовувати сенсорну інформацію, вироблення адаптивних реакцій відповідно до її психоневрологічних потреб, що забезпечує направленість та поступальність рухових актів і лежить в основі набуття практичних навичок та соціалізації.

Основними завданнями сенсорної інтеграції є:

1. Збільшення частоти і тривалості адаптивних реакцій на основі стимуляції психічного та статокінетичного розвитку.

2. Підвищення пізнавальної та рухової активності.

3. Покращення комунікабельності та спілкування.

4. Розвиток, закріплення навичок самообслуговування та соціальної поведінки.

5. Закріплення віри у власні сили [3].

Сенсорна інтеграція, як принцип функції мозку – процес організації, сортування і переробки чуттєвих вражень, щоб поведінка людини була доцільною, осмисленою та значимою для неї. Цей принцип описує отримання та адекватне переопрацювання в ЦНС інформації з оточуючого середовища. Інформація, враження, переживання ведуть до зумовленого досвідом індивідуального наповнення пам'яті, таким чином мозок може моделювати адекватну та раціональну реакцію організму на сприйняття, відчуття та думки. У кожній людини формуються свої власні асоціації з поняттями, уявленнями, ситуаціями і залежать від власного досвіду. Функціонуюче сприйняття, яке активно переробляє всі подразнення та враження і приводить дитину в певний стан, щоб осмислено і адекватно реагувати діями і відчуттями, називають сенсорним фундаментом.

На базі хорошої сенсорної інтеграції дитина розвиває здатність співвідносити знання і досвід, що визначають як навчання. Емоційна оцінка при обстеженні предметів та явищ оточуючого та самооцінка дають можливість дитині реагувати доцільною діяльністю і адекватними почуттями та розвивати активність, мотивацію, наполегливість і терпіння. Отже, кожний навчальний захід містить афективну оцінку та зв'язок з емоціями. Не існує навчальної чи якої-небудь іншої діяльності, не пов'язаної з активністю ЦНС. Навчання тісно пов'язане з моторною функцією. Існує лише одна можливість спілкування з іншими – моторика: поза, міміка, жест, жестикуляція з мімікою, усна чи письмова мова. Мислення також має моторне походження.

Однією з головних проблем дитини з органічними ураженнями нервової системи є нездатність інтегрувати сенсорну інформацію від органів сприйняття в цілісну картину їх реального оточення. У цьому може допомогти концепція сенсорної інтеграції, заснована на збагаченні сенсорного досвіду. Корекційні заняття базуються на залученні до роботи всіх аналізаторів: зорового,

слухового, тактильного, нюхового, смакового, вестибулярного. Активація мозку шляхом стимуляції первинних відчуттів набуває лікувального характеру.

Сенсорна інтеграція проводиться поступово, наступними етапами:

1. Селективне сенсорне введення інформації.
2. Вибір оточення, яке визначається терапевтичною потребою.
3. Визначення відповідної адаптивної реакції.
4. Визначення співвідношення адаптивної реакції до можливостей адаптації дитини та її реалізації.
5. Реалізація адаптивної реакції.

Заняття проводяться двічі на тиждень по 60 хвилин кожне протягом одного місяця [1].

Показанням для призначення методики дітям є ознаки проблем сенсорної інтеграції:

1. Сприймання: неприємні відчуття при дотику чи обіймах; аутоагресивна поведінка; ухиляється застосовувати руки для гри чи догляду за собою; не любить змін, нових вражень.
2. Рухи: стереотипні рухи тілом; погана рівновага та координація; не реагує на зміни об'єктів у навколишньому середовищі під час освоєння простору.
3. Поведінка: проблеми в процесі взаємодії та спілкування з іншими дітьми; недорозвиток практичних навичок пристосування до оточуючого середовища; часто спостерігається зміна настрою; труднощі в організації цілеспрямованої поведінки; відчуває страх перед незнайомими, новими обставинами.

Початковий етап роботи полягає в первинній адаптації дитини до нових умов оточення. Для цього використовують прості вербальні, тактильні, моторні форми контактів в умовах вільного вибору. Для створення вражень, розвитку сенсорики застосовують освітлення, ефірні масла, масаж, матеріали різного виду, звуки, запахи. Тренування сприйняття запахів можливе за допомогою наборів ароматів, смаку – за допомогою розчинів (солодкого, солоного, кислого і гіркого). Для покращення пропріорецепції потрібно робити наступне: вібромасаж, гра у воді, гра з важкими м'ячами, сідати у м'яке крісло, яке міняє форму. Гладкі та шорсткі поверхні, тактильні коридори використовуються для розвитку тактильного сприйняття. Розгойдування на гойдалках, стрибки на батуті, фізичні вправи допомагають у тренуванні вестибулярного апарату. Для вирішення проблеми сенсорної інтеграції потрібно застосовувати як окремі компоненти обладнання, так і їх поєднання. Максимально об'єднують 2-3 сенсорні модальності. Під час проведення терапії батьки перебувають а межами кімнати, наприкінці занять їм надають рекомендації щодо розвитку сенсомоторної сфери дитини в домашніх умовах.

Оцінка ефективності проводиться за тестами «Сенсорна інтеграція і праксис-тести» (Д. Айрес) [3].

Висновки. У процесі проведення аналізу науково-методичної літератури та визначення сучасного стану реабілітації дітей з ураженнями нервової

системи можна констатувати, що, методика сенсорної інтеграції посідає важливе місце у медико-соціальной реабілітації даних осіб.

Методика сенсорної інтеграції набула своєї популярності у нашій країні завдяки працям Е. Джин Айрес та Улли Кіслінг. Теорія Дж. Айрес ґрунтується на фундаментальних засадах, що враховують закономірності розвитку дитини та визначає 4 етапи сенсорної інтеграції, послідовне досягнення кожного з яких дає дитині змогу повноцінно адаптуватися в суспільстві.

Література

1. Анита Банди, Шелли Лейн, Елизабет Мюррей. Сенсорная интеграция. Теория и практика. Москва: Теревинф, 2017. 766 с.
2. Заплатинська А.Б. Становлення поняття «сенсорна інтеграція» у корекційній педагогіці. *Корекційна та соціальна педагогіка і психологія*. 2013. Вип. 23 (1). С. 48–57.
3. Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М. Основи медико-соціальной реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: навчально-методичний посібник. Київ: Інтермед, 2005. С. 308–311.
4. Сміян І.С., Павлишин Г.А., Корицький Г.І., Свірська Н.М., Сковронська А.О., Стеценко Е.В. Реабілітація дітей раннього віку з ураженням нервової системи - запорука їх соціальной адаптації. *Медична гідрологія та реабілітація*. 2008. Т. 6, № 1. С. 14-20.

Інформація про авторів:

Без'язична О.В.

старший викладач кафедра фізичної терапії,
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна

obezyazychnaya@gmail.com

Поступила до редакції 10.12.2019р.

Спортивно-оздоровчий туризм як засіб здоров'язбереження студентів ЗВО

Грохова Г.П.

Харківський національний університет радіоелектроніки

Вступ. На протязі останніх років в Україні зберігається тенденція до погіршення стану здоров'я молоді, яка зумовлена негативними факторами соціально-економічного, екологічного та психоемоційного характеру. З розвитком технічного прогресу умови життя студента суттєво змінилися. На фоні малорухливого способу життя почастишали нервово-емоційні перевантаження, адже всі людські блага, призначені для комфортного життя з кожним роком скорочують фізичний розвиток, зменшують рухову активність і збільшують психічну нервозність студента. У вирішенні цієї проблеми значною мірою може допомогти спортивно-оздоровчий туризм, як вид туристичної діяльності.

Мета роботи ознайомити студентів зі спортивно-оздоровчим туризмом.

Для успішного досягнення поставленої мети було поставлено такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати дані літературних джерел за темою дослідження.
2. Виявити доступні засоби спортивно-оздоровчого туризму, які матимуть практичне значення для здоров'язбереження студентів.

Матеріал та методи. Аналіз та узагальнення сучасної літератури у використанні та застосуванні засобів спортивно-оздоровчого туризму, які матимуть практичне значення для здоров'язбереження студентів.

Результати. Студентська молодь є однією з соціально незахищених груп, яка певною мірою схильна до дії негативних чинників зовнішнього середовища. Урбанізація, обмежені можливості для повноцінного розвитку і реалізації свого потенціалу, гіподинамія та інші стресові ситуації викликають підвищену потребу студентів у доступних оздоровчих, рекреаційних, розважальних послугах, які повністю задовольнили б їх потреби і несли в собі основу здоров'язбереження [3].

Вирішення цієї проблеми разом з духовною, соціальною, психологічною, педагогічною, фізичною складовою здоров'язбереження студента є однією із стратегічних задач, як на державному, так і на регіональному рівні.

Цілком зрозуміло, що сьогодні організувати оздоровчі тури для студентської молоді набагато складніше. Підготовка таких послуг для туристичних фірм, досить клопітна справа, а щоб мати економічний ефект від неї, потрібно вкласти коштів набагато більше, ніж в організацію туру для дорослих. До того ж специфіка роботи з молоддю в екскурсійних, туристичних поїздках накладає величезну моральну відповідальність на організатора. Далеко не усі українські туристичні фірми мають серед своїх пропозицій послуги для молоді та ще такі, які б задовольнили потреби студента-туриста саме в його здоров'язбереженні, та при цьому несли в собі максимальний прибуток для туристичної фірми і мінімальні матеріальні для нього затрати [8].

У даному випадку, для вирішення потреб студента, щодо здоров'язбереження, туристичні послуги можливо впровадити в навчально-виховний процес і реалізовувати їх в позанавчальний час у вигляді лікувально-оздоровчих заходів, спортивно-туристських заходів, туристських прогулянок, подорожей, походів, екскурсій. Специфіка таких туристичних послуг в тому, що вони не несуть в собі значних матеріальних витрат і можуть бути доступними кожному студенту [7].

Спортивно-оздоровчий туризм - це різновид пішохідного, гірського, водного, спелеотуризму тощо. Для пішої подорожі в горах характерні: великий обсяг фізичних навантажень на організм при зниженому атмосферному тиску і високому рівні сонячної радіації, необхідність долати перешкоди із застосуванням різноманітних засобів і прийомів пересування і страхівки, спеціальна тактика проходження маршруту. Тому сьогодні розповсюджений і користується попитом саме пішохідний туризм [5].

Як було вже зазначено, туризм як вид туристичної діяльності, містить в собі також організацію туристичних походів. Позитивний вплив занять туризмом безумовно підсилюється тривалою руховою активністю перебування на свіжому повітрі, у лісі, у горах, а туристичні походи із впливом на весь організм є цілющим джерелом здоров'я.

Похід вихідного дня є важливим засобом зміцнення здоров'я, оздоровлення й профілактики різних захворювань. Так, Ю.А. Ткаченко доводить, що похід вихідного дня усуває психічне напруження студента. Дні, проведені на свіжому повітрі, дають студентській молоді потужний заряд бадьорості й енергії, дозволяють активно, із творчим піднесенням та чудовим настроєм, працювати на заняттях. Після походу вихідного дня студент упродовж кількох днів відчувається фізично та емоційно добре [2].

Довготривалі походи передбачають подолання маршрутів активним способом пересування, без використання транспортних засобів, покладаючись лише на власні сили, реалізуючи вміння та навички подолання перешкод пішки, на лижах, велосипедах, на плотах і човнах. Долаючи перешкоди, студент залишається фізично активним протягом усього походу, виконує сукупність фізичних та технічних дій, що впливає на підняття рівня рухової активності, фізичної підготовленості як засіб збереження здоров'я.

Висновки. Складові здоров'язбереження в життєдіяльності студентів можуть бути як стійкими, так і нестійкими. Якщо студент постійно дотримується здорового способу життя, а саме певного розпорядку дня, розумно поєднує різні форми праці і відпочинку, повноцінно і різнобічно використовує вільний час, самостійно, без контролю з боку інших осіб, додержує активний спосіб життя, то можна говорити про стійкий ступінь здоров'язбереження. Впровадження студентами таких компонентів здорового способу життя у свою діяльність та в повсякденне життя, призведе до здоров'язбереження.

Література

1. Емельянов Б.В. Экскурсоведение. М: Советский спорт, 2007. – 216 с.
2. Кирилюк Л.М. Нові (нетрадиційні) види туризму України // Наук. записки Вінницького держ. пед. університету ім. Михайла Коцюбинського. Серія: Географія. – Вінниця, 2008. – Вип. 17. – С. 191-195.
3. Колотуха О. В. Спортивні рекреаційно-туристські ресурси України / О. В. Колотуха. – К. : Федерація спортивного туризму України, 2006. - 208 с.
4. Мальська М. П. Міжнародний туризм і сфера послуг : підручник / М. П. Мальська. – К. : Знання, 2008. – 661 с.
5. Науменко Г.П. Система потреб людини та туризм // Туристично-краєзнавчі дослідження. – К., 2005. – Вип. 6. – С.3-199.
6. Спортивний туризм в загальній структурі туризму: підходи до систематизації / О. В. Колотуха, А. Л. Шипко // Географія та туризм. - 2014. - Вип. 30. - С. 20-38.
7. Спортивный туризм: Учебник / А.Я. Булашев. – Харьков: ХГАФК, 2009. – 332 с.

Інформація про авторів:

Грохова Г.П.

зав. каф. фізичного виховання та спорту

кандидат педагогічних наук

Харківський національний університет радіоелектроніки

Харків, Україна

anna0282gr@gmail.com

Поступила до редакції 12.12.2019р.

Особливості рухової терапії хворих з набутими вадами серця після операції з ускладненнями в період госпіталізації

Гончарук Н.В.

Національний фармацевтичний університет

Вступ. Набуті вади серця є одними із самих поширених захворювань серцево-судинної системи. Актуальною проблемою в Україні є набуті вади серця, якими страждає близько 0,5-1% населення [1,3,8]. Серед дорослого населення за частотою вони займають третє місце після гіпертонічної хвороби та істотно обмежують працездатність населення країни [2,9].

За даними літературних джерел, реабілітація хворих з серцево-судинною патологією є комплексною проблемою, спрямованою на фізичне, психічне, трудове та соціальне відновлення лікування [2,4,7,15].

Все це свідчить про актуальність проблеми в реабілітації кардіологічних хворих.

Мета роботи. Визначити особливості рухової терапії у фізичній реабілітації хворих з набутими вадами серця після хірургічного лікування з ускладненнями на госпітальному етапі.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати джерела сучасної спеціальної науково-методичної літератури за проблемою фізичної реабілітації хворих з набутими вадами серця у післяопераційному періоді з ускладненнями в умовах госпіталю.
2. Визначити особливості рухової терапії в реабілітації хворих з набутими вадами серця у післяопераційному періоді з ускладненнями в умовах госпіталю.

Матеріал і методи. Аналіз та узагальнення сучасної спеціальної науково-методичної літератури за проблемою фізичної реабілітації хворих з набутими вадами серця у післяопераційному періоді з ускладненнями в умовах госпіталю.

Результати. У реабілітації хворих з ускладненнями, виниклими після операції з приводу набутих вад серця, розроблені спеціальні методики рухової терапії з урахуванням характеру і тяжкості стану хворого. Рухова терапія повинна проводитися кожну годину по 15-20 хвилин [4,7,8].

До основних післяопераційних ускладнень відносяться: пневмонія [14], ексудативний плеврит [12,13], пневмоторакс та дихальна недостатність [2,5,7].

Рухова терапія при пневмонії полягає у призначенні статичних дихальних вправ з частим повторенням, локального дихання з опором, звукової гімнастики і вібраційної, динамічних дихальних вправ з активним відкашлюванням. Кожні дві години хворий повторює лікувальні вправи самостійно. Застосовується масаж грудної клітини з метою впливу на рефлекторні зони легень [6,8,9].

При ексудативному плевриті рухова терапія призначається через дві години після видалення ексудату з плевральної порожнини. Використовують статичні та динамічні дихальні вправи. Широко використовується

діафрагмальне дихання та дихання з опором, лікування положенням (повороти на здоровий бік, спину) [3,8,9].

Після видалення повітря з плевральної порожнини при пневмотораксі обмежено використовують дихальні вправи та кашлеві поштовхи. Допускаються повільні рухи для дрібних м'язових груп та невелика амплітуда рухів для середніх м'язових груп.

При дихальній недостатності хворий, в основному, знаходиться на керованому диханні. Рухову терапію в даному випадку проводять у повільному темпі з ціллю зменшення венозного застою, поліпшення периферичного кровообігу і вентиляції легенів. Використовують напівповороти на бік та припідняття тазу, масаж нижніх та верхніх кінцівок, грудної клітини у вихідному положенні лежачи на спині [2,3,7,9].

За літературними даними хворим з набутими вадами серця після хірургічної корекції з ускладненнями необхідна раціональна рухова терапія, здатна підвищити ефективність хірургічного лікування і повернути хворого до нормального життя. Адекватна рання рухова терапія оперованих хворих, як і медикаментозна терапія та інші лікувальні засоби поліпшують наслідки хірургічного втручання [10,11].

Висновки:

1. Аналіз науково-методичної літератури дозволив визначити, що підвищення ефективності хірургічного лікування набутих вад серця вимагає проведення комплексу післяопераційної фізичної терапії та медичної терапії.
2. У хірургічному лікуванні набутих вад серця виділяють такі післяопераційні ускладнення: пневмонії, ексудативний плеврит, пневмоторакс, дихальна недостатність. Описані засоби рухової терапії, а також описано особливості рухової терапії відповідно до післяопераційних ускладнень.

Література

1. Воловой В. Л. Реабилитация больных оперированных по поводу приобретенных пороков сердца / В. Л. Воловой. – М.: Медицина, 2004. – 302 с.
2. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура / В. И. Дубровский. – М.: Владос, 2008. – 608 с.
3. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник / В. А. Епифанов. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 560 с.
4. Kalmykov, S., & Kalmykova, Y. (2017). Dynamics of cardiovascular parameters in combined aortic malformations under the influence of a physical therapy program during the rehabilitation process. *Slobozhanskyi herald of science and sport*, 6 (62), 43-47.
5. Kalmykov, S.A. (2013). Features of method of medical physical culture at insufficiency of aortic valve. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 17(1), 25-29.
6. Маколкин В. И. Приобретенные пороки сердца / В. И. Маколкин. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 216 с.
7. Пархотик І. І. Сучасні принципи фізичної реабілітації, кардіохірургічних хворих / І. І. Пархотик // III Всеукр. з'їзд зі спорт. Медицини та лікувальної фізкультури «Людина, спорт, здоров'я». – К., 2013. – С.255 – 259.

8. Пархотик И. И. Физическая реабилитация больных с приобретенными пороками сердца / И. И. Пархотик // Вестн. Приднестровья. – 2009. - № 1. – С. 103-106.
9. Пархотик И. И. Физическая реабилитация при хирургическом лечении заболеваний органов грудной клетки / И.И. Пархотик. – К.: НУФВСУ, узд-во «Олимп. лит.» , 2015. – 376 с.
10. Гончарук, Н. В. (2019). Особливості рухової терапії хворих з набутими вадами серця після операції без ускладнень в період госпіталізації. *ТЕХНОЛОГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я, РЕАБІЛІТАЦІЯ І ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ*, 18.
11. Гончарук, Н. В. (2018). Особенности кинезитерапии в физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца, которых готовят к хирургическому лечению. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, (2), 3-8.
12. Калмиков С. А., Калмикова Ю. С. Особливості методики лікувальної фізичної культури при ексудативних інфекційних плевритах на стаціонарному етапі реабілітації // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2008. – № 4. – С. 144-148.
13. Гринь, Л. В., Сібілевич, В. М., & Гребньова, І. В. (2016). Комплексна фізична реабілітація при ексудативному плевриті на стаціонарному етапі. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, (2), 8-10.
14. Kalmykova, Y. S., & Yurko, N. V. (2014). Analysis of the effectiveness of physical rehabilitation according to spirometric indicators in community-acquired pneumonia during convalescence. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*, 18(9), 35-40.
15. Kalmykov, S. A., & Dranishcheva, O. V. (2015). Physical rehabilitation in the failure of the aortic valve. *XV Mizhnarodna naukovo-praktychna konferentsiia" Fizychna kultura, sport ta zdorov ya*, 195-197.

Інформація про авторів:

Гончарук Н.В.

доцент кафедри фізичної реабілітації та здоров'я
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Національний фармацевтичний університет
Харків, Україна
goncharuknatalyaa@gmail.com

Поступила до редакції 14.12.2019р.

Стабілізація зору у осіб засобами фізичної терапії, які тривалий час працюють за комп'ютером

Каніщева О.П., Єфіменко П.Б.

Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Сучасна людина живе в час, коли процес збору інформації займає чільне місце в будь-якій сфері її діяльності. Дуже важливою є необхідність навчитися правильно з нею працювати, і використовувати для цього різні засоби. Одним з таких засобів є комп'ютер. При цьому з кожним роком працівникам різних сфер діяльності доводиться все більше часу перебувати перед його екраном.

В процесі експлуатації комп'ютерів було визначено ряд чинників, які негативно впливають на зір тих, хто тривалий час з ним працює. Серед них було виявлено: недостатню якість моніторів, недотримання ергометричних вимог, нераціональну тривалість робочого дня, тощо [1; 4; 12]. Поява ж ноутбуків призвела до того, що певні вимоги стосовно раціонального положення тулуба під час роботи, стало зовсім неможливим [8; 11; 12].

Метою дослідження було виявити чинники, що негативно впливають на зір людини при тривалій роботі за комп'ютером будь якої конструкції і визначити відповідні профілактичні дії.

Завданнями дослідження було:

1. Вивчити науково-методичні літературні джерела з даної проблеми.
2. Розробити й обґрунтувати найпростіші і в той же час ефективні заходи профілактики погіршення зору у тих, хто постійно працює за комп'ютером протягом робочого дня.

Матеріали та методи дослідження. Виконання нашого спостереження проводилось за співробітниками Харківської державної академії фізичної культури, а також офісними працівниками різних установ м. Харкова, які на добровільних засадах погодились прийняти участь у даному заході. Усього під наглядом було 16 респондентів. Головною умовою ставилось завантаженість роботою на комп'ютері протягом робочого дня 75%-80% робочого часу.

За даними літературних джерел останнім часом у напрямі охорони праці працюють багато дослідників фізичної терапії, результатом спостережень яких є рекомендації використання певних вправ для стимулювання організму людини, яка працює тривалий час за комп'ютером. Для полегшення їх роботи, було розроблено спеціальні столи. Вони передбачали більш ергономічне розташування тіла оператора під час його роботи. Тут дотримувались правила прямого кута. Тобто висота екрана, полички для клавіатури і стільця підбираються таким чином, що б усі частини тіла і лінія погляду на монітор перебували під прямим кутом відносно один одного [1; 6; 11; 12]. Це дозволяло з меншою втратою для стану опорно-рухового апарату і зору людини працювати більш тривалий час.

Подібна тема стала ще актуальнішою, коли з'явилися ноутбуки, де розвести на різний рівень клавіатуру і монітор стало неможливим. Тут

оператору прийшлося або більше нахилити голову вперед, або піднімати руки на більш високий рівень. Як результат збільшилося навантаження на м'язи задньої поверхні шиї, що негативно впливає на рівні циркуляції крові в головному мозку. Особливо це відбивається на потиличній частині голови, де розташований зоровий центр. Він одним з перших ділянок головного мозку відчуває зниження рівня кровопостачання і відповідно трофічних процесів. При значному стомленні відчувалося оніміння тканин шиї й потилиці.

За даними певної кількості літературних джерел, для профілактики погіршення зору тих, хто тривалий час працює за комп'ютером будь яких конструкцій, рекомендації більшості фахівців традиційно зводяться до обмеження часу роботи за комп'ютером, витримування обов'язкових пауз під час роботи, через певний час виконання рухів очима, переведення фокусу на дальню відстань, проведення виробничої гімнастики тощо. Звичайно, все це призводить до якогось результату. Але як правило за певних умов більшість подібних рекомендацій остаються абсолютно нездійсненими [6; 11; 12].

З метою усунення застійних явищ та активізації мікроциркуляції крові та лімфи в тканинах прилеглих до органів зору, нами було розроблено певний експрес-комплекс фізичної терапії. Основним завданням цього комплексу була профілактика погіршення зору. Час проведення якого розрахований на 3-5 хвилин, при кількості повторювань 2-3 рази за робочий день не покидаючи робочого місця. Він складався з: 1) гравітаційної постізометричної релаксації м'язів задньої поверхні шиї; 2) сполучнотканинного самомасажу підстави потилиці; 3) локального лімфо-дренажного самомасажу навколо очної ямки і надбрівних дуг.

Всі складові частини цього комплексу дуже прості у виконанні і не вимагали окремого опанування. Кожен учасник нашого спостереження отримав інструкцію-пам'ятку і пройшов персональний інструктаж. Досвід показав, що цього було достатньо для подальшого самостійного виконання даного комплексу [4; 5; 7; 11;].

Проведення даного спостереження за певних причин здійснювалось поточним методом, без контрольної групи. Для здійснення самоконтролю за станом зору всім учасниками було видано таблицю Сивцева, якою вони користувались на початку та на при кінці робочого дня. Дослідження проводилось протягом 1 календарного місяця. За певних причин четверо респондентів поступово відмовились від дослідження.

Результати. Аналіз отриманих результатів проведеного дослідження вказує на те, що у всіх учасників, хто довів спостереження до кінця, гравітаційна релаксація м'язів шиї, сполучнотканинний самомасаж зони потилиці та лімфо дренажний масаж навколо очної ямки сприяли стабілізації зору протягом робочого дня. Для порівняння, ці респонденти до проведення дослідження спостерігали негативну динаміку, а саме, майже всі відмічали на при кінці робочого дня розмитість літер у таблиці Сивцева і супутні негативні відчуття: важкість у потилиці, сухість в очах, набряк верхніх вій.

Одночасно з тим протягом робочого дня було відмічено збереження контрасту зору та яскравості сприйняття кольорів. Також відмічалась повна або часткова відсутність негативних відчуттів таких як: важкість у потилиці, сухість в очах, набряк верхніх вій. Усі отримані результати сприяли подальшому зацікавленості до використання розробленого фізіотерапевтичного комплексу в своїй виробничій діяльності.

Висновки:

1. Комплексне застосування гравітаційної постізометричної релаксації м'язів задньої поверхні шиї, сполучнотканинний масаж потилиці й лімфодренажний самомасаж навколо очної ямки, усували в них застійні процеси і сприяли збереженню трофічних процесів та стабілізації зору

2. Данні проведеного спостереження вказують на те, що розроблений і перевірений фізіотерапевтичний комплекс збереження зору може бути рекомендований до впровадження у роботу людей, які тривалій час працюють за комп'ютером.

Література

1. Баловсяк Н.В. Компьютер и здоровье (2008). СПб.: Питер.
2. Бейтс У. (2002) Как обрести хорошее зрение без очков. А.В.К.: Тимошка. СПб.
3. Брелюс Г.М. (2019) Вплив лімфодренажного самомасажу та системи шиацу в комплексній програмі відновлення у ІТ працівників 25-35 років з першими ознаками міопії при тривалій роботі за комп'ютером. Актуальні питання сучасного масажу. Харків. ФОП Панов.
4. Єфіменко, П. Б., Каніщева, О. П. (2017). Оперативний профілактичний взаємомасаж м'язів плечового поясу при тривалій роботі за комп'ютером. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, (2), 47-53.
5. Єфіменко П.Б. (2013) Техніка та методика класичного масажу. ХНАУ. Харків.
6. Єфіменко, П.Б. (2014), «Самомасаж у комплексі засобів здоров'язберігаючих технологій у студентів вищих навчальних закладів», Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна № 1109 серія «Валеологія: сучасність і майбутнє» випуск. 17, С. 72-76.
7. Єфіменко, П. Б. (2016), "Значення різних систем і методів самомасажу в процесі оздоровчих заходів організму студентів", *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, № 3, С. 79-84.
8. Калмикова, Ю.С. (2014), Методи дослідження у фізичній реабілітації :дослідження фізичного розвитку. ХДАФК, Харків.
9. Каніщева, О.П. (2013), «Методичні особливості навчання самомасажу та взаємомасажу в комплексі засобів підвищення адаптаційних можливостей організму студентів», Слобожанський науково-спортивний вісник, № 3(36), С. 147-149.
10. Каніщева О.П., Єфіменко П.Б., Єфіменко Н.П. (2016) Дослідження моніторингу стану здоров'я студентів ХНАУ з різним рівнем адаптаційних можливостей. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. ХДАФК. Харків. № №3. С. 73-78.
11. Каніщева О.П. (2014), Масаж та інші засоби відновлення працездатності організму студента, ХНАДУ, Харків.
12. Катренко Л.А., Катренко А.В. (2012) Охорона праці в галузі комп'ютерингу. Магнолія 2006. Львів.

Інформація про авторів:

Каніщева О.П.

доцент кафедри фізичної терапії
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Харківська державна академія фізичної культури
oksanakan71@gmail.com

Єфіменко П.Б.

професор кафедри фізичної терапії
кандидат педагогічних наук, професор,
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна
pavlo748@gmail.com

Поступила до редакції 12.12.2019р.

Використання ортезів у реабілітації осіб з наслідками травматичних та компресійно-ішемічних невропатій верхньої кінцівки

Бісмак О.В.

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Вступ. Невропатії верхньої кінцівки – група захворювань периферичних нервів верхньої кінцівки, що проявляються порушенням функцій або патологічними структурними змінами в нерві [6]. Існують різні форми невропатій: травматична, компресійно-ішемічна, ін'єкційна, токсична, ідіопатична та ін., але частіше всього зустрічаються травматичні та компресійно-ішемічні (тунельні) форми [8].

Всі різновиди невро- та плексопатій верхньої кінцівки об'єднує загальний характер рухових порушень, які виникають при даній патології, – млявий парез або параліч ураженої кінцівки, крім того спостерігаються чутливі, вегетативні, трофічні та інші розлади [7].

Успішна реабілітація хворих з неврологічними захворюваннями можлива тільки при комплексному підході, що включає медикаментозне лікування, процедури апаратної фізіотерапії, засоби фізичної терапії [1] та ерготерапії і, як невід'ємну складову, індивідуальне ортезування [9]. Ортези застосовуються як при консервативному лікуванні компресійно-ішемічних невропатій, так й у комплексі післяопераційних реабілітаційних заходів, проте питанню використання ортезування у реабілітаційному процесі при даній патології приділяється ще недостатньо уваги.

Мета роботи полягала у вивченні та аналізі сучасних літературних та Інтернет джерел щодо застосування ортезування у комплексній реабілітації осіб з травматичними та компресійно-ішемічними невропатіями верхньої кінцівки.

Методи дослідження. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Результати. Ортез – технічний засіб, що надягається на сегмент кінцівки або хребта з метою його фіксації, розвантаження, корекції, активізації і, в кінцевому підсумку, для відновлення або заміщення порушених функцій і обмежень життєдіяльності [10].

Науковці Пузін С.Н., Шишкін Б.В., Лаврова Д.И., Волинець Г.В. та ін. (2007), які займалися вивченням впливу ортезів на функцію ураженої кінцівки, зазначають, що основними завданнями ортезування є підтримка ослаблених або активація збережених м'язів шляхом пасивного (позиційного) або активного (тягового) заміщення функції паралізованих м'язів-антагоністів. Для цього застосовують різні види ортезів: фіксаційні, коригувальні, розвантажувальні та функціональні (тренувальні) [10].

Головною вимогою до технічних засобів реабілітації є їх медико-функціональна та соціальна адекватність (корисність). Ортези, що фіксують – утримують уражену кінцівку в заданому положенні. Коригувальні, розвантажувальні та функціональні ортези сприяють відновленню статодинамічних функцій верхньої кінцівки, покращують рухові можливості,

здійснюють корекцію патологічних установок, усунення та профілактику контрактур, стабілізацію капсульно-зв'язкового апарату суглобів [2,4].

Ортези поділяють також за ступенем жорсткості:

- м'які – до них відносять бандажі, які виготовляють з легких тканин, призначаються для профілактики;
- напівтверді – надійно фіксують, але при цьому зберігають рухливість суглоба, дані ортези виробляють з щільних тканин в поєднанні з пластиковими і металевими вставками;
- жорсткі – відрізняються найбільшим рівнем фіксації і застосовуються при важких пошкодженнях в реабілітаційному періоді після перенесеної операції, конструкція таких ортезів включає ребра жорсткості та шарнірні механізми [10].

Залежно від мети призначення і рівня ураження верхньої кінцівки існують ортези на пальці кисті, на кисть, променезап'ястковий суглоб, передпліччя, ліктьовий суглоб, плече, плечовий суглоб. Показання до призначення ортезів залежать в кожному конкретному випадку від ступеня порушення функції верхньої кінцівки з урахуванням особливостей патології, загального стану пацієнта.

За даними Поліщук М.Є., Муравського А.В., Татарчук М.М., Сулій Л.М., ортези призначають, перш за все, при стійкій втраті функцій кінцівки для здійснення побутових і виробничих операцій, освоєння прийомів самообслуговування. Вони також застосовуються для закріплення результатів відновного лікування, розробки рухів в суглобах, тренування м'язів [9]. Рекомендують також перед застосуванням ортезів провести заходи, спрямовані на усунення реактивної набряклості кінцівки (медикаментозне лікування, процедури апаратної фізіотерапії, масаж [5]).

Ортези повинні бути легкими, не стискати збережених рухів, не здавлювати підлеглі тканини, особливо в місцях з порушеною чутливістю, не порушувати кровообіг в кінцівках. Для профілактики контрактур сегмент кінцівки зазвичай утримується за допомогою ортеза у функціонально вигідному положенні: наприклад, при пошкодженні променевого нерва - розгинальне положення кисті та пальців; при ураженні плечового сплетення - відведення і ротація назовні плеча, супінація передпліччя і розгинання кисті [3].

Функціональні (тренувальні) ортези для верхньої кінцівки доцільно використовувати у поєднанні з активними фізичними вправами в ураженій кінцівці та механотерапією [1].

Сучасні виробники ортопедичних товарів пропонують велику кількість різноманітних ортезів різної конструкції, виготовлених з різних матеріалів та призначенням. Проте більшість дослідників сходяться на думці, що ортези необхідно підбирати індивідуально для кожного хворого з урахуванням мети реабілітації, функціонального стану верхньої кінцівки, ступеню рухових порушень, періоду реабілітації, особливостей професійної діяльності та потреб пацієнта.

Дослідження, проведені Хмелевською І.О., Солнцевою І.Л., Чернишовою

І.Н., Луковенко А.А., Литвиненко О.Н. (2013)., підтверджують, що застосування еластичних ортезів у пацієнтів з м'яким паралічем передпліччя і кисті внаслідок посттравматичної невропатії променевого нерва сприяло відновленню сили м'язів-розгиначів кисті, покращенню статодинамічної та координаційної функції ураженої кінцівки [11].

Висновки. Аналіз літературних та Інтернет джерел свідчить, що використання ортезів в комплексній реабілітації пацієнтів з руховими порушеннями верхньої кінцівки внаслідок травматичних чи компресійно-ішемічних невропатій [12] є актуальним питанням, яке потребує подальшого вивчення та розробки методичних рекомендацій для даної категорії пацієнтів.

Література

1. Бісмак, О. (2019). Алгоритм застосування засобів фізичної терапії в осіб з компресійно-ішемічними невропатіями верхньої кінцівки. *Слобожанський науково-спортивний вісник*, (6 (74)), 37-42.
2. Бісмак, О. (2019). Реабілітаційне обстеження пацієнтів з компресійно-ішемічними невропатіями верхньої кінцівки. *Слобожанський науково-спортивний вісник*, (3 (71)), 72-76.
3. Бісмак, О. (2019). РОЛЬ МАНУАЛЬНОГО М'ЯЗОВОГО ТЕСТУВАННЯ ПІД ЧАС ОЦІНЮВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕВРОПАТІЯХ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*, (2), 37-41.
4. Бісмак, О. В. Канадська оцінка виконання діяльності як важливий інструмент для оцінки потреб осіб з травматичними невропатіями верхньої кінцівки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : зб. наук. праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. Вип. 10 (118). С. 12-16.*
5. Бісмак, О. В. Лікувальний масаж у відновлювальному лікуванні компресійно-ішемічних невропатій верхньої кінцівки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : зб. наук. праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. Вип. 8 (116). С. 10-14.*
6. Бісмак, О. В. Периферичні невропатії верхньої кінцівки як медико-соціальна проблема. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт) : зб. наук. праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. Вип. 7 (115). С. 12-16.*
7. Борзых А.В., Штутин А.А., Пастернак В.В. (2010). Особенности лечения при множественных повреждениях пальцев кисти. *Тези наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Актуальні питання хірургії верхньої кінцівки»*, 57-58.
8. Голубев В.Л., Меркулова Д.М., Орлова О.Р. (2017). Туннельные синдромы руки. *Русский медицинский журнал*, 2, 38-43.
9. Поліщук М.Є., Муравський А.В., Татарчук М.М., Сулій Л.М. (2012). Лікування хворих із тунельними та компресійно-ішемічними невропатіями периферичних нервів. *Міжнародний неврологічний журнал*, 3(49).
10. Пузин С.Н., Шишкин Б.В., Лаврова Д.И., Волынец Г.В. и др. (2007). Медико-социальные показания к обеспечению инвалидов ортезами. *Москва*, 74 с.
11. Хмельевская И.О., Солнцева И.Л., Чернышова И.Н., Луковенко А.А., Литвиненко О.Н. (2013). Использование ортезов из силиконового материала в реабилитации детей с

ортопедическими проявлениями неврологических заболеваний. Ортопедия, травматология и протезирование, 3, 33-38.

12. Bismak, O., Kalmykova, J., & Kalmykov, S. (2019). Neuropathic pain in patients with compression-ischemic neuropathy of the upper limb: diagnosis and assessment of the effectiveness of rehabilitation measures. *Health, Sport, Rehabilitation*, 5(4), 9-15. doi:<http://dx.doi.org/10.34142/HSR.2019.05.04.01>

Інформація про авторів:

Бісмак О.В.

доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Київ, Україна
ebismak@gmail.com

Поступила до редакції 10.12.2019р.

**Застосування методики нейром'язової активації
в пасивній підвісній реабілітаційній системі
з осьовим розвантаженням тіла в комплексній реабілітації дітей
хворих на ДЦП
Мікеладзе І.О.**

Комунальне некомерційне підприємство «Міська дитяча лікарня № 5»

Вступ. Згідно даних галузевої статистики Міністерства Охорони Здоров'я України (МОЗ України), зареєстровано близько 100 тис. дітей-інвалідів з органічною патологією нервової системи. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найбільш частих причин інвалідності дітей, що змушує неврологів, ортопедів, реабілітологів та інших спеціалістів шукати нові шляхи підвищення функціональних можливостей, нові технології впливу на спастичні м'язи та нові підходи до зміцнення послаблених м'язів цієї групи хворих.

В реабілітації дітей з ДЦП застосовують комплексне лікування з використанням різноманітних реабілітаційних методик. Методику гравітаційної нейром'язової активації (НМА) з використанням пасивної підвісної системи (ППС) (слінг-терапія) стали використовувати у Європі в середині минулого століття в реабілітації пацієнтів після перенесеного поліомієліту.

Мета роботи: охарактеризувати та визначити застосування методики нейром'язової активації в пасивній підвісній реабілітаційній системі з осьовим розвантаженням тіла в комплексній реабілітації дітей хворих на ДЦП.

Завдання дослідження: проаналізувати та визначити основні положення методу та дію фізичних вправ у використанні пасивної підвісної системи для дітей з ДЦП.

Матеріал та методи. Аналіз та узагальнення сучасної спеціальної науково-методичної літератури по даній проблемі.

Результати. Проблема відновлення функціональних взаємозв'язків між нервовою системою, яка керує руховим актом і м'язами, що безпосередньо здійснюють рухи, є однією з ключових в нейрореабілітації та неврології у цілому. Цей метод включає діагностичну систему вправ та систему дозованого тренування асиметричних рухів для виконання певної рухової задачі, що поширює існуючий спектр методик реабілітації дітей та дорослих. [1, 3]

Метою НМА з застосуванням ППС є відновлення (формування) оптимального рухового стереотипу через виконання тренувальних рухів у системи підвісів. Застосування пасивної підвісної системи дозволяє:

- а) практично виключити осьове навантаження під час виконання рухів пацієнтом;
- б) поступово (східчасто) полегшувати або ускладнювати виконання рухів для пацієнта по «сходам прогресії» (min - max - progress);
- в) полегшити роботу медперсоналу, тобто в даному випадку не потрібно особливих фізичних зусиль для фіксації пацієнта в будь-якій площині;
- г) самостійно виконувати рухи пацієнтом (під час індивідуальних і групових тренувань) при умові збереження кінематично вірного руху;

- д) використовувати як статичні так і динамічні фізичні вправи в умовах зменшення осьового навантаження сегменту тіла за рахунок використання системи підвісів;
- е) забезпечувати нестабільну опору при використанні вправ, що ускладнює виконання рухів та дозволяє проводити тренування рівноваги в будь-якому положенні (лежачи, сидячи, стоячи) [1, 2, 3,4, 6,].

Щоб отримати позитивний результат тренування в ППС (збільшити силу м'язів, відновити об'єм та координацію рухів, зменшити спастичність м'язів, покращити стабілізацію тіла у вертикальному положенні, підвищити опороздатність нижніх кінцівок) необхідне дотримання виконання декількох етапів. Метод включає діагностичну систему та систему дозованого тренування асиметричних рухів.

Особливості вправ у пасивній підвісній системі для дітей з ДЦП

Перед проведенням занять в ППС дитини з ДЦП немає необхідності в тестуванні у підвісній системі, тому що клінічна картина захворювання (патологічні установки кінцівок та патологічна ходьба) демонструють функціональний стан м'язів.

Особливістю тренування дітей з ДЦП, є необхідність в одночасному тренуванні як глибоких м'язів так і великих м'язових груп тулуба. Іншою особливістю занять дітей з ДЦП в підвісній системі є необхідність чергування активних вправ та пасивного розслаблення за допомогою вібраційних та коливальних рухів.

Показаннями до призначення методу нейром'язової активації з застосуванням пасивної підвісної системи (слінг-терапії) для дітей з церебральними парезами та паралічами являються: нестійке утримання вертикальної пози тіла (сидячи та/або стоячи); порушення опороздатності нижніх кінцівок; патологічні установки кінцівок, патологічна вертикальна поза і патологічна ходьба; обмеження рухів в хребті та великих суглобах (колінних, кульшових, плечових, ліктьових); паралітична осанка; вестибулярні порушення; порушення координації (атаксія), тренування сили, витривалості при пересуванні та утриманні вертикальної пози.

Протипоказання до методу пов'язані з відсутністю можливості проведення процедури через особливості психічного стану дитини та можливості надання шкоди здоров'ю дитини, а саме: виникнення або посилення болю при виконанні вправ; відсутність продуктивного контакту з дитиною; значна затримка психомоторного розвитку; епілепсія; вік до 4 років; гострий період після операції або травми на хребті, кінцівках та суглобах; супутні гострі захворювання та стани.

Висновки. Застосування методики нейром'язової активації за допомогою пасивної підвісної реабілітаційної системи з розвантаженням ваги тіла в комплексній реабілітації дітей, хворих на ДЦП, дозволяє досягнути позитивних змін в їх клінічному статусі: підвищити стабілізацію в вертикальному положенні; розслаблення спазмованих та зміцнення послаблених м'язів кінцівок та тулуба; покращення координації та формування нових рухових

НАВИЧОК.

Література

1. Стариков С.М. «Нейромышечная активация – современный подход» www.beika.ru Статьи для специалистов, 2011. 3-5с.
2. Стариков С.М. «Нейромышечная активация – современный подход» www.beika.ru Статьи для специалистов, 2011. 3-5с.
3. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом / К.А. Семенова. – М.: Закон и порядок, серия «Великая Россия. Наследие», 2007. – 616 с.

Інформація про авторів:

Мікеладзе І.О.

лікар фізіотерапевт вищої категорії

Комунальне некомерційне підприємство «Міська дитяча лікарня № 5»

Харків, Україна

imikeladze97@gmail.com

Поступила до редакції 15.12.2019р.

Засоби фізичної терапії при анемії вагітних на санаторно-курортному етапі

Дугіна Л.В.

Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Аналіз спеціальної науково-методичної літератури у галузі фізичної терапії вагітних з анемією дозволив визначити, що анемія у вагітних є однією з важливих проблем в реабілітації, актуальність якої визначається високою частотою ускладнень вагітності та пологів, перинатальної патології, значним ризиком прогресування захворювання та виникненням ускладнень з боку різних функціональних систем. За офіційними даними МОЗ України, частота анемії у вагітних за останні роки збільшилась і сягала у 2018 році 36,4% [4]. Питання щодо розробки диференційованої програми фізичної терапії вагітних з анемією набуває надзвичайної актуальності.

Мета роботи. На основі аналізу спеціальної науково-методичної літератури охарактеризувати засоби фізичної терапії в комплексній реабілітації вагітних з анемією в умовах санаторно-курортного лікування.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу з питань фізичної терапії вагітних з анемією на санаторно-курортному етапі лікування.
2. Охарактеризувати засоби фізичної терапії, які використовуються в комплексній реабілітації вагітних з анемією.

Матеріал та методи. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу спеціальної науково-методичної літератури.

Результати. Для багатьох країн світу залізодефіцитна анемія є медико-соціальною проблемою, оскільки призводить до порушення стану хворих, зниження їх працездатності та викликає функціональні зміни в органах і системах організму. Анемії вагітних дотепер залишаються одними з основних видів акушерської патології, і за даними різних авторів частота їх складає 72-86% [1]. Анемії займають одне з основних місць серед причин перинатальної захворюваності та летальності, при цьому кожна 4-5-та дитина, яка народилася від жінки з анемією, тією чи іншою мірою відстає від фізичного чи психоемоційного розвитку [2].

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 [5].

Одним із таких основних напрямів є фізична терапія. Аналіз тематичної літератури показав наявність значного багажу наукових знань в цьому напрямі, аргументовану доцільність застосування різних засобів реабілітації у вагітних з анемією з метою профілактики ускладнень, нормалізації перебігу вагітності [1,4,8].

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.) [6;7].

При гіпоксії плода застосовують методіку 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 [3].

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

Висновки. Проведений аналіз науково-методичної літератури дозволив встановити, що засоби фізичної терапії в процесі санаторно-курортного лікування вагітних жінок з анемією дозволяють покращити завершення вагітності для матері і плода та суттєво знизити частоту та тяжкість ускладнень, перинатальну патологію.

Література

1. Владимиров О.А., Лобода М.В., Тофан Н.І. Санаторно-курортне лікування вагітних. Київ, 2001. 256 с.

2. Горомова А. М., Ліхачова В. К. Акушерство та гінекологія. Полтава, 2000. 600 с.
3. Гридько Л. Застосування немедикаментозних методів реабілітації вагітних жінок з анемією. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2007. № 4. С. 60–62.
4. Гридько 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.
5. Немедикаментозные методы терапии в акушерстве и гинекологии / под ред. В. И. Орлова. Москва. МОНИИАГ, 1987. 131 с.
6. Сухан В. С., Дичка Л. В., Блага О. С. Лікувальна фізична культура в акушерстві та гінекології: методичні рекомендації. Ужгород, 2014. 42 с.
7. Тофан Н.І., Владимиров О.А., Клименко С.К., Гутман Л.Б. Рухові режими і комплекси ЛФК для вагітних жінок: методичні рекомендації. Київ, 2004. 31 с.
8. Дугіна, Л. В., Лисенко, К. О. (2016). Особливості застосування засобів лікувальної фізичної культури під час вагітності. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, (2), 14-16.

Інформація про авторів:

Дугіна Л.В.

доцент кафедри фізичної терапії
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна
lianadugina@gmail.com

Поступила до редакції 17.12.2019р.

Застосування су джок терапії при остеохондрозі шийного відділу хребта

Брелюс Г.М.

Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Останнім часом кількість хворих на остеохондроз неухильно зростає. Медична статистика свідчить, що болі в спині турбують половину населення розвинених країн Землі, а в деяких індустріальних державах чисельність хворих вертебро-неврологічними захворюваннями досягає 80% жителів. Але, складність сучасних медикаментозних і немедикаментозних засобів і методів лікування та профілактики остеохондрозу, їх значна грошова вартість, життєва необхідність змусили шукати доступні та ефективні альтернативні методи у фізичній реабілітації остеохондрозу хребта, яким є Су Джок терапія [12,13].

Мета роботи: на підставі аналізу сучасної науково-методичної літератури обґрунтувати роль Су-Джок терапії для усунення наслідків остеохондрозу шийного відділу хребта

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу застосування су джок терапії при остеохондрозі шийного відділу хребта.

Матеріал та методи: аналіз сучасної науково-методичної літератури.

Результати. Остеохондроз – дегенеративно-дистрофічні ураження сполучнотка-нинних структур, що забезпечують рух між хребцями. Це захворювання хребта, що супроводжується поступовим і неухильним руйнуванням міжхребцевих структур, що призводить до зменшення суглобової щілини між хребцями, розростання кісткової тканини у вигляді виростів (остеофітів), до стійкого больового синдрому, тривалого спазму м'язів і порушення функції хребта. Остеохондроз – це не тільки прояв болю в хребті або порушення чутливості в кінцівках, це хвороба всього організму [1,18]. І як доводять безліч досліджень, остеохондроз безпосередньо впливає фактично на всі внутрішні органи. Наприклад, порушення в області шийного відділу хребта впливають на роботу органів зору, слуху, розумову і психічну діяльність. У грудному відділі – порушують роботу серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту. А дегенеративно-дистрофічні зміни в поперековому відділі ведуть до проблем органів малого таза, в тому числі в сечостатевої сфері та нижніх кінцівок. При остеохондрозі найбільш часто страждають міжхребетні диски. Ці унікальні хрящові «шайби» не тільки з'єднують наші 33 хребця в хребет. Його справний «робочий стан», рухливість, пружність, еластичність, здатність витримувати навантаження безпосередньо залежать від стану міжхребцевих дисків. Вони служать пружинистими амортизаторами, пом'якшуючими навантаження.

При остеохондрозі шийного відділу хребта хворі скаржаться на біль у руках, плечах, головні болі; можливий розвиток так званого синдрому хребетної артерії, який складається з наступних скарг: шум у голові,

запаморочення, миготіння «мушок», кольорових плям перед очима у поєднанні з пекучим пульсуючої головним болем. Причиною синдрому хребетної артерії може бути її спазм у відповідь як на безпосереднє роздратування її симпатичного сплетення за рахунок кісткових розростань, грижі диска, артрозу міжхребцевого суглоба, так і рефлекторної реакції внаслідок подразнення будь-яких рецепторів хребта. Наявність синдрому хребетної артерії може погіршити перебіг коронарної або серцево-м'язової патології при їх наявності [5]

Комплексне консервативне лікування включає в себе медикаментозну терапію, лікувальну фізкультуру, фізіотерапію, масаж, витягування (тракцію) хребта, рефлексотерапію. Але всі вказані методи не завжди повністю усувають симптоми захворювання, а деякі застосовувати не можна при грижах, сильному болю, тощо [18].

Тому саме рефлексотерапія, зокрема, Су-Джок терапія є тією універсальною методикою, яку можна застосовувати в будь-який час без побоювань ускладнень. Застосування рефлексотерапії в поєднанні з іншими лікувальними методами, істотно збільшує їх ефективність. Найбільш часто рефлексотерапію застосовують при остеохондрозі, супроводжуваному больовим синдромом, захворюваннях нервової системи, порушеннях сну, психічної неврівноваженості. Впливаючи на певні точки можна приводити організм в гармонію і лікувати багато захворювань [3,7,8,9].

В Су-Джок терапії при лікуванні захворювань хребта найзручніше використовувати систему відповідності «Комахи» (рис. 1), в якій весь організм людини відображається на кожному пальці кисті або стопи [15,16,17].

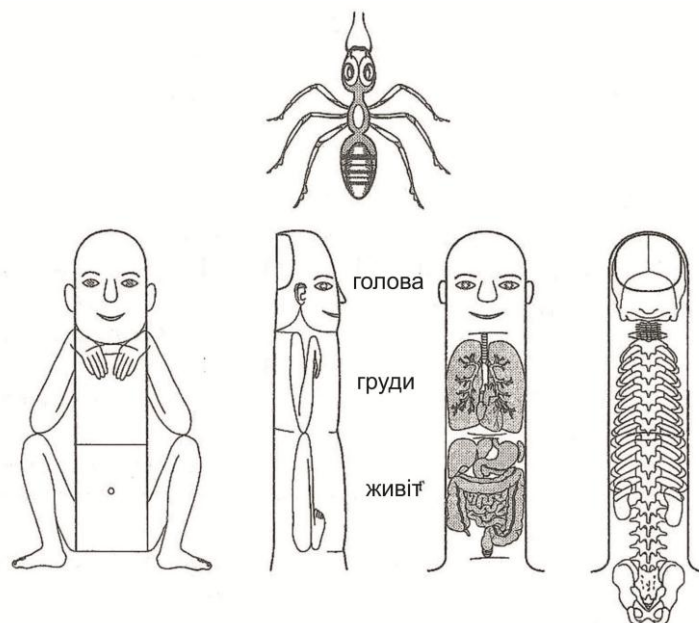


Рис. 1 Система відповідності комахи

В роботі застосовують наступні дії: масаж пальців кистей або стоп (розтирання, розминання), ротація, витягування, прогрівання полиновими моксами, насіння терапія.

На тильній стороні кожного пальця знаходяться зони відповідності хребту, на які і здійснюється вплив за допомогою масажу, прогріванням та насіння терапії (рис. 2) [10,11].

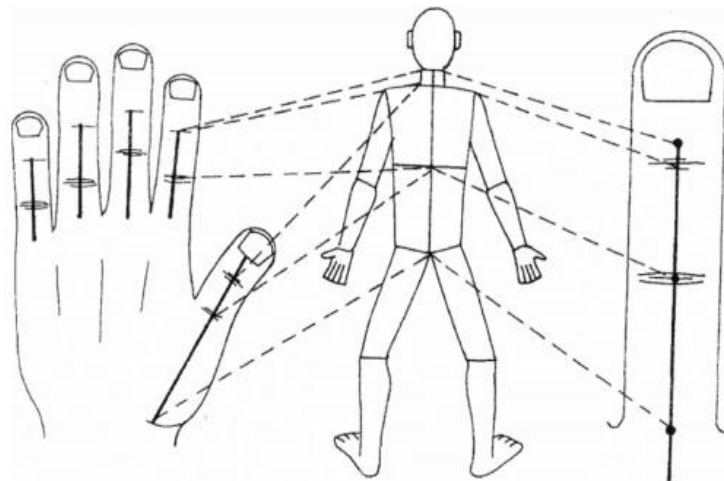


Рис. 2. Области стимуляції хребта

За даними Пак Чже Ву, Ігнатова Ю.Д., Гольдблат Ю.В. Су-Джок терапія сучасний та ефективний метод лікування, який не потребує складного обладнання. Знання основних зон відповідності та застосування безпечних неінвазивних методів, таких як насіння терапія, масаж та прогрівання в комплексній терапії значно розширюють терапевтичний ефект та дозволяють в разі знизити термін відновлення організму [2,4,6,14].

Легкість засвоєння базових знань роблять його доступним для всіх верств населення та дозволяє надати допомогу в будь-яких умовах.

Висновки. Поєднання лікувально-відновлюваного масажу, ЛФК і Су-Джок терапії значно покращує ефективність фізичної терапії, прискорює процеси одужання у хворих з наслідками остеохондрозу шийного та грудного відділів хребта у хворих різного віку. Неінвазивні методи впливу Су-Джок дозволяють гармонізувати роботу всього організму, мінімізувати травматичність та медикаментозне навантаження на організм людини, та отримати стійкий терапевтичний результат.

Література

1. Алексеева Н. С. Головокружение, обусловленное патологией шейного отдела позвоночника. Лечащий Врач. - 2009. - № 7. - С. 60-63.
2. Гольдблат Ю.В. Точечный и линейный массаж в клинической практике. СПб.: Университетская книга, 2000. 276 с.
3. Иглоукальвание. Под общей ред. Хоанг Бао Тяу, Ла Куанг Ниеп; Пер. с вьет. П.И. Алешина. Москва, 1988. - 672с.
4. Игнатов Ю.Д., Качан А.Т., Васильев Ю.Н. Акупунктурная анальгезия: Экспериментально-клинические аспекты. Ленинград.1990. -256с.

5. Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения. - Казань: 2001. – 132с.
6. И-Шен. Су-джок. Основные приемы самомассажа [Текст]. – Санкт-Петербург.2007.– 120с.,
7. Пак Чжэ Ву. Лекции по Су Джок терапии 1. Москва: Су Джок Академия,1995. – 328 с.
8. Пак Чжэ Ву. Лекции по Су Джок терапии 2 Москва.:Су Джок Академия,1995. – 371с.
9. Пак Чжэ Ву. Су Джок для всех. Москва Су Джок Академия, 1996. – 102 с.
10. Пак Чжэ Ву. Энергетическая система Гомо-взаимодействия тела человека Москва Су Джок Академия, 1996.- 176 с.
11. Пак Чжэ Ву. Су Джок терапия Москва Су Джок Академия, 1998. - 566 с.
12. Пак Чжэ Ву. Основы Су Джок терапии Москва Су Джок Академия, 1999. - 164 с.
13. Пак Чжэ Ву. Сам себе Су Джок доктор. Москва Су Джок Академия, 2001. - 156 с.
14. Пак Чжэ Ву. Су Джок семянотерапия. Москва Су Джок Академия, 2001 -140 с.
15. Пак Чжэ Ву. Пальцетерапия Москва Су Джок Академия, 2001 - 48 с.
16. Пак Чжэ Ву. Су Джок ногтетерапия. Москва Су Джок Академия, 2001.– 84с.
17. Пак Чжэ Ву. Оннури иридоотерапия. Москва Су Джок Академия, 2002.- 254с.
18. Калмикова, Ю. С., Федорова, Р. І. (2016). Оцінка ефективності застосування засобів фізичної реабілітації при шийному остеохондрозі. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 2, 29-33.

Інформація про авторів:

Брелюс Г.М.

викладач кафедра фізичної терапії,
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна
brelus@ukr.net

Поступила до редакції 17.12.2019р.

Фізична терапія при остеоартрозі колінних суглобів I-II стадії

¹Литовченко В.О., ²Білостоцький А.І.

¹Харківський національний медичний університет

²Медичний центр фізичної реабілітації та спортивної медицини «Кінезіо»

Вступ. Остеоартроз (ОА) – одне з найбільш розповсюджених дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів, на яке страждає від 6,4 до 12 % населення світу. В Україні офіційно зареєстровано більше ніж 500 000 хворих на остеоартроз. Слід зазначити, що, за статистичними даними, в Україні зараз кожен третій мешканець страждає на остеоартроз певних суглобів. Серед факторів, які призводять до розвитку ОА: механічні фактори, надмірна маса тіла, похилий вік, спадкові фактори ризику. Основними клінічними симптоми ОА є біль в суглобах і, як наслідок, обмеження їх функції.

Отже, проблема остеоартрозу в останні роки набула великого медико-соціального значення, це зумовлено значною поширеністю захворювання, швидким розвитком функціональних порушень (особливо при ураженні суглобів нижніх кінцівок), зростанням показників тимчасової та стійкої втрати працездатності, різким зниженням якості життя хворих [1, 7].

Так, саме ураження великих суглобів часто призводить до непрацездатності й інвалідності, потребує тривалого та складного лікування, до якого належать зміна способу життя, фізичні вправи, використання адаптивних пристроїв, медикаментозне лікування, внутрішньосуглобові ін'єкції, а в запущених випадках – хірургічного втручання. Тоді як спосіб життя та реабілітаційні заходи в цілому позитивно впливають на стан організму, то використання медикаментозних засобів часто призводить до ускладнень та побічних ефектів [2, 3].

На сьогодні в існуючих рекомендаціях щодо лікування остеоартрозу колінних суглобів, опублікованих за останнє десятиріччя (Philadelphia Panel (2001), EULAR (2003), Ottawa panel (2005), NICE (2008)), фізичні вправи включені як обов'язковий метод комплексного лікування ОА й лише в одних рекомендаціях (Singapore Clinical practice guideline, 2007) вона не ввійшла в перелік методів, що рекомендовані для застосування [6, 7].

Мета роботи – на підставі аналізу науково-методичної літератури охарактеризувати фізичну терапію при остеоартрозі колінних суглобів I-II стадії в умовах реабілітаційного центру.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу з питань фізичної терапії при остеоартрозі колінних суглобів.
2. Охарактеризувати засоби фізичної терапії при остеоартрозі колінних суглобів I-II стадії в умовах реабілітаційного центру.

Матеріал та методи. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Результати. В умовах реабілітаційного центру особам з остеоартрозом призначають наступні рухові режими: щадний, щадно-тренувальний та

тренувальний, тривалість яких залежить від стадії захворювання, локалізації процесу, загального стану організму і супутньої патології.

Комплексне лікування остеоартрозу включає медикаментозне лікування, тривале розвантаження ушкодженого суглоба з використанням ортопедичних заходів, дієтотерапію та засоби фізичної терапії - кінезотерапію, масаж, фізіотерапевтичні процедури, гідрокінезотерапію, механотерапію.

Основні завдання *фізичної терапії* при ОА колінного суглоба: зменшення больового синдрому, збільшення амплітуди рухів у колінному суглобі, покращення функціональної активності чотириголового м'яза стегна, збільшення сили та витривалості м'язів нижньої кінцівки, вдосконалення навичок рівноваги та координації.

Завдання кінезотерапії: збереження об'єму рухів в ураженому суглобі при I та II стадії захворювання; відновлення функцій суглоба; попередження патологічних деформацій або стабілізація постійної компенсації; зміцнення м'язів ураженої кінцівки; збільшення сили та витривалості м'язів; корекція статичних порушень хребта, тазового поясу та нижніх кінцівок; відновлення оптимального рухового стереотипу; поступова адаптація до побутових та виробничих навантажень; покращення діяльності органів і систем організму; відновлення працездатності; зменшення ваги тіла (при надлишковою вагою), тренування серцево-судинної та дихальної системи [2, 4].

В заняттях кінезотерапією рекомендують використовувати наступні фізичні вправи: загальнорозвиваючі, динамічні дихальні вправи, коригуючі, спеціальні вправи: ізометричні напруження м'язів з послідовним їх розслабленням на уражені кінцівки, активні махові рухи з великою кількістю повторень до появи болю, динамічні вправи з незначним навантаженням в полегшених вихідних (при I та II стадіях захворювання), фізичні вправи у воді, заняття на тренажерах, трудотерапію.

Вправи слід виконувати у повільному темпі, з амплітудою рухів до появи болю. Заняття кінезотерапією проводять індивідуальним або малогруповим методом. Тривалість заняття від 30 хвилин на щадному, до 45-60 хвилин – на тренувальному руховому режимі.

Необхідність зміцнення м'язів при остеоартрозі зумовлена тим, що пацієнт зазвичай оберігає хворий суглоб, у результаті чого відбувається зниження тонуусу регіонарних м'язів і відносно переважання м'язів протилежної сторони. Це змінює поставу і призводить до порушення конгруентності суглобових поверхонь ураженого суглоба та сприяє прогресуванню хвороби. Застосування фізичних вправ в даному випадку сприяє оптимізації функціонування м'язово-зв'язкового апарату, відновленню нормального осьового навантаження, що створює умови для стабілізації ураженого суглоба [3].

Завданнями масажу при артрозах суглобів є: активізувати циркуляцію крові та відтік лімфи, що сприятиме покращенню трофічних процесів у тканинах ураженого суглоба та запобігатиме атрофії м'язів, що його рухають; сприяти зменшенню больового синдрому та скутості суглоба; усунути контрактуру й

підвищити рухомість ураженого суглоба. Масажують нижню кінцівку, суглоб. Також призначають масаж попереково-крижового відділу хребта [5].

Фізіотерапію призначають для поліпшення мікроциркуляції і трофічних регенеративних процесів, розвитку глибокої активної гіперемії, гальмування розвитку дегенеративно-дистрофічних змін, усунення рефлекторного м'язового спазму і зміцнення ослаблених м'язів; підвищення загального тону, загартування організму. Призначають електрофорез із протизапальними препаратами, УФ-випромінювання області суглоба, діадинамотерапію, магнітотерапію, лазеротерапію, озокеритові аплікації, радонові та сірчано-водневі ванни, гідромасаж [8].

Гідрокінезотерапію слід проводити у басейні з прісною водою при температурі води 30-32°. Гідрокінезотерапія спрямована на зміцнення навколосуглобових м'язів; фізичні вправи виконуються у бортика басейну і складаються з рухів руками і ногами з подоланням опору води: імітація їзди на велосипеді, «ножниці» продольні та поперекові, рухи руками і ногами догори-вниз, в сторони з поступово збільшенням амплітуди рухів. В положенні стоячи на здоровій нозі на підвищенні - 10-15 см виконують махові відведення, розгинання в кульшовому суглобі ушкодженої кінцівки, махові згинання та розгинання у колінному суглобі. Рекомендується плавання стилем «кряк» в ластах для підвищення силової витривалості м'язів кінцівок [3].

Заняття на тренажерах диференціюють в залежності від анатомо-фізіологічних особливостей суглоба і клінічних форм ураження, віку, статі хворої людини і супутньої патології. Необхідно враховувати активність процесу, стадію і давність захворювання, перебіг хвороби. При застосуванні механотерапії необхідно дотримуватися принципу поступового і жадного тренування, з використанням мінімального вантажу, в повільному темпі, до появи болю, з частими паузами для відпочинку.

Механотерапія використовується для підтримання досягнутої амплітуди рухів у суглобі, розтягнення і поліпшення еластичності м'язів і зв'язок, відновлення їх сили і витривалості, тренування серцево-судинної і дихальної систем, підтримання загальної працездатності [2].

Висновки. Аналіз науково-методичної літератури показав, що комплексне лікування остеоартрозу включає медикаментозне лікування, тривале розвантаження ушкодженого суглоба з використанням ортопедичних заходів, дієтотерапію та засоби фізичної терапії - кінезотерапію, масаж, фізіотерапевтичні процедури, гідрокінезотерапію, механотерапію.

Засоби фізичної терапії при остеоартрозі колінних суглобів в умовах реабілітаційного центру призначають з урахуванням стадії захворювання, клініко-функціонального стану опорно-рухового апарату, супутньої патології та рухового режиму.

Література

1. Андрійчук О.Я. Дослідження проблеми якості життя та стану здоров'я хворих на остеоартроз. *Освіта регіону*. 2011. №2. С.311-314.

2. Андрійчук О.Я. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації хворих на гонартроз: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.03. Львів, 2013. 40 с.
3. Без'язична О.В. Засоби фізичної терапії при остеоартрозі колінних суглобів I-II стадії на санаторному етапі. *Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації*. 2018. Вип. 37. С. 238-243.
4. Григор'єва Н.В., Поворознюк В.В., Баннікова Р.О., Юнусова С.В., Паламарчук А.А. Лікувальна фізична культура в комплексному лікуванні остеоартрозу колінних суглобів. *Боль. Суставы. Позвоночник*. 2011. №2. С. 34-36.
5. Єфіменко П.Б. Техніка та методика масажу: навчальний посібник. Харків: ХНАДУ, 2013. 296 с.
6. Зазірний І.М. Лікувальна тактика при остеоартрозі колінного суглоба. *Лікарська справа*. 2002. №1. С.77-80.
7. Пустовойт К. Б., Карпінська О.Д. Прогноз розвитку диспластичного гонартрозу у віковому аспекті. *Ортопедия, травматология и протезирование*. 2012. № 4. С. 79-83.
8. Яковенко Н.П., Самойленко В.Б. Фізіотерапія: підручник. Київ: ВСВ «Медицина», 2011. 256 с.

Інформація про авторів:

Литовченко В.О.

професор кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги,
ортопедії та травматології
доктор медичних наук, професор
Харківський національний медичний університет
Харків, Україна
obezyazychnaya@gmail.com

Білостоцький А.І.

Кандидат медичних наук
директор центру
Медичний центр фізичної реабілітації та спортивної медицини «Кінезіо»
Харків, Україна
kinezio.kharkov@gmail.com

Поступила до редакції 15.12.2019р.

Фізична терапія при травматичному ушкодженні плечового сплетіння

Манучарян С. В.

Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Захворювання і травми периферичних нервів є однією з важливих проблем сучасної нейрохірургії і неврології. Одним з найважчих видів закритої травми периферичних нервів є ушкодження плечового сплетіння. Оскільки страждають, в основному, люди молодого віку, травма приводить до значних матеріальних та моральних збитків, тривалої втрати працездатності та інвалідності пацієнтів. Тому проблема лікування уражень плечового сплетіння має як медичне, так і соціально-економічне значення. Аналіз даних літератури з діагностики та лікування ушкоджень плечового сплетіння та його гілок показав, що після лікування дуже важливими є реабілітаційні заходи, які спрямовані на повне відновлення функціональності плечового суглобу і всієї кінцівки. Для повного відновлювання функції верхньої кінцівки, поліпшення стану здоров'я людини, закріплення і максимального збереження результату лікування необхідний комплексний підхід багатьох фахівців. Для цього використовують різноманітні засоби фізичної терапії – кінезотерапію, лікувальний масаж, фізіотерапію та багато інших. Все це надало можливість визначити мету нашого дослідження

Мета дослідження – охарактеризувати реабілітаційне втручання при травматичному ушкодженні плечового сплетіння.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати складові реабілітаційного втручання після травматичного ушкодження плечового сплетіння.
2. Визначити методи оцінки ефективності фізичної терапії пацієнтів з травматичним ушкодженням плечового сплетіння.

Методики дослідження. Аналіз сучасної науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Основні причини ураження плечового сплетіння. *Хронічне, постійне зовнішнє здавлення.* Розвивається при носінні рюкзаків або інших вантажів на одному або обох плечах, «ранцевий параліч». Вражається верхня частина плечового сплетіння з частим залученням також довгого грудного нерва. *Здавлення в місцях анатомічних звужень* (синдром верхньої апертури грудної клітини). Відбувається під впливом додаткового зовнішнього фактора. Особливо чутлива до здавлення в цій зоні нижня частина сплетіння. *Синдром «драбинчастого» м'яза і синдром «шийного» ребра.* При проходженні плечового сплетіння разом з підключичною артерією через простір між передньою і середньою драбинчастими м'язами можливо здавлення нервових стовбурів, а іноді одночасно і підключичної артерії. *Реберно-ключичний синдром.* У деяких людей простір між ключицею і I ребром (реберно-ключичний простір) буває незвично вузькими (характерно для осіб з астеничним типом статури і опущеними плечима). Клінічно зустрічається рідко. *Гіперабдукційний синдром.* Характеризується здавленням судинно-нервового

пучка між клювоподібним відростком і малим грудним м'язом при різкому відведенні плеча в бік (досить часто відбувається уві сні) та багато інших причин [4].

Основна мета нейрореабілітації при ураженні плечового сплетіння полягає в досягненні повного відновлення порушених, унаслідок травми функцій, або, якщо це нереально, оптимальній реалізації фізичного, психічного та соціального потенціалу людини. Комплекси терапевтичних вправ розробляються строго індивідуально під кожен конкретний випадок. Локально підібрані вправи дають можливість безпечно опрацювати окремі м'язи і зв'язки та значно прискорювати процес відновлення. Завдання реабілітаційного втручання залежать від місця травми, обраного методу лікування, періоду травматичної хвороби та загального стану потерпілого.

Система фізичної терапії при ураженні плечового сплетіння включає: кінезотерапію, лікувальний масаж, фізіотерапію, механотерапію, різні види мануальної корекції, голкорексфлексотерапію, психотерапію, трудотерапію і профорієнтацію та ін. Серед них виділяють активні, пасивні та психорегулюючі засоби: активні (кінезотерапія, робота на тренажерах, трудотерапія та ін.); пасивні (лікувальний масаж, мануальна терапія, фізіотерапія, натуральні та преформовані природні фактори); психорегулюючі (аутогенне тренування, м'язова релаксація) тощо.

Основні завдання кінезотерапії при ураженні плечового сплетіння: поліпшення кровообігу і трофічних процесів у осередку ураження з метою профілактики зрощень і рубцевих змін, для ліквідації або зменшення вегетативно-судинних і трофічних розладів; зміцнення паретичних м'язів і зв'язкового апарату; зниження м'язової дистонії, що сприяє запобіганню або усуненню м'язових контрактур і тугорухомості в суглобах; удосконалення замісних рухів і їх координації; загальнооздоровчий і загальнозміцнювальний вплив на організм хворого з метою повернення працездатності.

Кінезотерапія при ураженні плечового сплетіння здійснюється за трьома періодами: ранній відновлювальний (період гострого і підгострого стану) – 2-20-й день із моменту захворювання; пізній відновлювальний (основний) – 20-60-й день; резидуальний (остаточне відновлення всіх функцій ураженої ділянки й організму в цілому) – більше 2 місяців із моменту ураження. При оперативних втручаннях терміни всіх періодів нечіткі: так, ранній відновлювальний період може тривати до 30-40 днів, пізній – 3-4 місяці, а резидуальний – 2-3 роки. При будь-якому ураженні периферичних нервів активні рухи (особливо при перших проявах) виконують у мінімальному дозуванні. Якщо м'яз перенапружуватиметься, він втратить на кілька днів здатність активно скорочуватися і відновлення активних рухів уповільнюється. Тому активні рухи виконують у мінімальному дозуванні, але заняття фізичними вправами проводять кілька разів протягом дня [3;4].

I період, ранній відновлювальний. Провідний метод – позиціонування: кисті надають напівзігнуте положення і укладають на лонгету з валиком, підкладеним в область п'ястно-фалангового зчленування. Передпліччя і кисть (в

лонгеті) підвішують на косинці. До спеціальних відносять: вправи для м'язів надпліччя, плеча, передпліччя і кисті та загальнорозвиваючі і дихальні вправи. Заняття фізичними вправами проводять 1-2 рази на день з інструктором і 6-8 разів на день у формі самостійних занять (комплекс вправ добирається індивідуально). Тривалість заняття з інструктором кінезотерапії – 20-30 хв, самостійні заняття – 10-20 хв. Кількість повторень 2-6 разів.

II період, пізній відновлювальний. Вправи спрямовані на відновлення рухів по всіх осях плечового суглоба і нормалізації м'язового тонуусу і сили м'язів руки. Заняття з кінетотерапії у II періоді проводять: 1-2 рази на день з інструктором фізичної терапії і 4-6 разів у формі самостійних занять (комплекс вправ добирається індивідуально). Тривалість заняття з інструктором фізичної терапії – 40-60 хв, самостійні заняття – 25-30 хв. Кількість повторень – 6-8 разів. Фізичні вправи виконують без фіксування лопаток сидячи, стоячи (в тому числі і у гімнастичної стінки) і лежачи на спині.

III період, резидуальний. Продовжують заняття кінезотерапії, значно збільшують число прикладних вправ для тренування побутових і професійних навичок, вводять ігрові та спортивно-прикладні елементи, формують оптимальні компенсаторні пристосування. Для відновлення необхідної амплітуди рухів призначають чередування пасивних рухів з активними вправами різного характеру і лікувальним масажем неуражених відділів, теплові процедури. При стійкості вторинних змін в тканинах застосовують механотерапію (у залі та у воді), легкі спортивні ігри, прогулянкове веслування, лижні прогулянки (у зимовий час), плавання і інш. Заняття проводять: 1 раз на день з інструктором з фізичної терапії і 4-5 разів – у формі самостійних занять (комплекс складає інструктор з фізичної терапії). Тривалість занять з інструктором 60-90 хв, самостійно – 50-60 хв. Кількість повторень – 8-10 разів. Вихідні положення різноманітні [3;4].

Мета лікувального масажу – сприяння відновленню порушених співвідношень збуджувальних і гальмівних [процесів](#) у корі великого мозку. *Завдання лікувального масажу при ураженні плечового сплетіння:* поліпшення лімфота кровообігу уражених ділянок; зняття або зменшення больового синдрому; прискорення процесів регенерації нервів; попередження контрактур, порушень трофіки та ускладнень; утворення навколо травмованого нерва рубцевої тканини; прискорення та покращення нервової провідності; відновлення функціональної здатності нервово-м'язового апарату; підтримання м'язового тонуусу регіональних судин.

Мета фізіотерапії при ураженні плечового сплетіння – це стимуляція репаративних процесів, поліпшення процесів метаболізму і мікроциркуляції в тканинах. *Завдання фізіотерапії* при лікуванні ураженні плечового сплетіння: надання анальгетичної дії (анальгетичні та анестезуючі методи); сприяння протизапальної дії (антиексудативні, протинабрякові, репаративно-регенеративні методи); поліпшення мікроциркуляції і метаболізму (судинорозширювальні, гіпокоагулюючі, *трофостимулюючі* методи), поліпшення функції нервово-м'язового волокна (нейростимулюючі методи).

Для оцінки ефективності фізичної терапії пацієнтів при ушкодженнях плечового сплетіння, окрім клінічних, інструментальних та неінвазивних додаткових методів дослідження використовують також шкали і опитувальники, що вимірюють ступінь обмеження активності [1;2].

Висновки. Реабілітаційне втручання при травматичному ушкодженні плечового сплетіння ефективно завдяки диференційному поєднанню терапевтичних заходів, чіткої і регулярної оцінки ефективності фізичної терапії та особистісних факторів життя пацієнтів.

Література

1. Волков В.Ф., Макаревич Е.Р. Диагностика и лечение травматических повреждений вращательной манжеты плеча. *ARS MEDICA*. 2011. №17 (53). С. 92–94.
2. Гайко О.Г. Оцінка ступеня тяжкості ушкоджень та перспектив відновлення нервів при первинному електроміографічному дослідженні хворих з травмою периферичних нервів верхньої кінцівки. *Літопис травматології та ортопедії*. 2011. № 1–2. С. 21–28.
3. Малахова В.О. Проблема мышечной спастичности в нейрореабилитации: учебное пособие. Суми, 2011. 138 с.
4. Нейрореабилитация: сборник лекций / под ред. В.А. Малахова. 2010. Т. 1. 170 с.

Інформація про авторів:

Манучарян С. В.

старший викладач кафедра фізичної терапії,
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна
mybox3001@ukr.net

Поступила до редакції 18.12.2019р.

Питання клінічного реабілітаційного менеджменту після наслідків мозкового інсульту

Реміняк І. В.

Харківська державна академія фізичної культури

Вступ. Однією з найбільш важких форм цереброваскулярної патології є мозковий інсульт. Відновлення втрачених функцій є проблематичним і залежить від багатьох факторів, в числі яких вчасно розпочате лікування та реабілітаційні заходи. Близько 25 % тих, хто перенесли інсульт потребують сторонньої допомоги, 10 – 20 % залишаються здатними працювати і тільки 8 % повертаються до своєї професійної діяльності. В результаті ефективної реабілітації знижується ступінь інвалідизації, підвищується якість життя хворих, які зазнали мозковий інсульт. Актуальність комплексного відновлення втрачених після інсульту функцій росте з року в рік і залишається складною медико – соціальною проблемою. В останній час все частіше мова йде про мультидисциплінарну команду, яка забезпечує всі необхідні складові комплексної індивідуальної програми реабілітації з урахуванням давності інсульту, локалізації ураження, віку пацієнта, наявності супутніх захворювань. В наступний час не визиває сумніву, що реабілітація хворих з інсультом потенційно ефективна, причому не вік хворих, ні наявність супутніх інсульту неврологічних и соматичних захворювань, ні значна вираженість післяінсультного дефекта не є ознакою, яка абсолютно виключає ефективність реабілітаційних заходів. Тому представляє інтерес вивчити дану проблему.

Мета дослідження – визначити роль спеціалістів мультидисциплінарної бригади медичного закладу у відновному лікуванні та реабілітації пацієнтів після інсульту.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати складові реабілітаційної програми після перенесеного мозкового інсульту.
2. Визначити роль мультидисциплінарної команди в реабілітації наслідків мозкового інсульту.

Методики дослідження. Аналіз сучасної науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Наприкінці ХХ сторіччя в клінічній неврології були засновані нові підходи до лікування на різних стадіях мозкового інсульту. Удосконалені технологічні можливості (комп'ютерна томографія, магнітно – резонансна томографія) дозволяють в перші часи бачити і оцінювати об'єми оборотно і необоротно ураженої тканини. В системі медичної реабілітації відрізняють три ступеня – відновлення, компенсацію та реадaptaцію, які мають патофізіологічне обґрунтування. Якщо хворі виживають в гострішу фазу, то на 5 – 7 добу з моменту захворювання з метою профілактики грізних ускладнень (інфаркт міокарда, тромбоемболія гілок легеневої артерії, гіпостатична пневмонія, уросепсис) необхідний початок заходів відновної медицини, перш за все рання рухова активність. В подальшому реабілітація хворих, які зазнали мозковий інсульт полягає в комбінованому та координованому використанні

медико – соціальних заходів, спрямованих на відновлення фізичної, психологічної та професійної активності хворих. Це система, спрямована на вирішення проблем, які виникли в результаті захворювання та навчальний процес, які спрямовані на зменшення інвалідизації і порушень життєвої активності в суспільстві. Перед реабілітаційними закладами ставляться певні завдання: підвищення значення і ролі самого пацієнта, максимальне покращення якості життя, зменшення стресу і страждання родини. Ідеальною умовою для виконання цих завдань є наявність в медичному закладі мультидисциплінарної команди, яка включає невролога, логопеда, фізіотерапевта, фізичного терапевта, нейропсихолога, ерготерапевта, медичну сестру, соціального працівника. Команда – це група людей об'єднаних спільними цінностями, установками, метою. Робота такої групи спрямована на досягнення певного набору узгоджених цілей. В подібній команді проводяться зустрічі та спільні обговорення пацієнтів. Більшість реабілітаційних команд в західних стаціонарах працюють в такому ключі, використовуючи широкий спектр узгоджених втручань, які часто перетинаються між дисциплінами. Гарна реабілітація потребує від учасників команди вільного обміну інформацією та скоординованих дій, що може здійснюватися тільки при наявності істинного лідера. Команда отримує користь перш за все із знання того члена групи, який займає найбільш критичну позицію в реабілітаційнім процесі. Ця роль критичного ланцюга може переходити від одного учасника до другого по мірі просування пацієнта. Таким чином, проведення відновного лікування потребує додержання певної визначеної програми. Першим кроком є оцінка неврологічного дефіциту та функціонального дефекту за шкалами. Оцінюється порушення рухових функцій, виразність м'язової слабкості, порушень чутливості, зору, інтелекту, познавальних функцій, в тому числі афазія, агнозія, апраксія. Після чого формується індивідуальна покрокова послідовність відновних заходів, визначення мети, об'єму роботи з пацієнтом, ведення основної документації, де відображується інформована згода з пацієнтом, режим та результативність роботи, аналіз отриманих результатів. Ефективність реабілітаційних заходів у хворого після мозкового інсульту доцільно оцінювати використовуючи шкалу соціальної участі Ренкін, індекс Бартел, шкалу мобільності Рівермід, візуальну аналогову шкалу опросник Спілберга – Ханіна, шкалу депресії Монтгомері – Асберг, шкалу виявлення порушень мотивації (відновлення локуса контролю), Тест балансу Берга і Тест ходи на 10 метрів, документації мультидисциплінарної команди. Кожний з учасників проекту зобов'язаний використовувати шкали і тести, необхідні в оцінці динаміки відновлення, згідно своєї спеціальності.

Висновки. Таким чином, мультидисциплінарний підхід в нейрореабілітації включає спеціалізовані знання кожного спеціаліста – учасника програми реабілітації, взаємодію між членами команди при оцінці втрачених функцій внаслідок інсульту, спільну постановку реабілітаційної мети, планування спільного впливу для досягнення поставленої мети, облік індивідуальних особливостей і потреб хворого на кожному етапі

реабілітаційного процесу. Слід відмітити, що в останній час, однією з актуальних тем для медичної спільноти є тема «професійного вигорання» і мотивація персоналу. Рішення цієї проблеми полягає за межами сфери можливостей професійної медичної спільноти і є проблемою суспільства в цілому.

Література

1. Мищенко В.Н. Современные аспекты нейрореабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт / В.Н. Мищенко, И. В. Ремяк, Ю. К. Ремяк-Борзова, Н. С. Коц // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 4. – С. 100-103.
2. Медицинская реабилитация избранные вопросы / под ред. С.Г. Щербака. 2017. «Корона.Век» 191 с.

Інформація про авторів:

Ремяк І. В.

викладач кафедри фізичної терапії
кандидат медичних наук, старший науковий співробітник
Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна
innaneuro9999@gmail.com

Поступила до редакції 18.12.2019р.

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

Сучасні питання фізичної реабілітації, рекреації та фізичного виховання різних груп населення. Тези III міжнародної науково-практичної конференції, 19-20 грудня 2019 р. / Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2019. 3(1), 64 с.

Сайт журналу http://journals.uran.ua/frir_journal

Оригінал-макет підготовлений: Калмикова Ю.С.

Рисунки в оригінал-макеті: Калмикова Ю.С.

Менеджер сайтів: Калмикова Ю.С.