

naukam.triada.in.ua

НАУКОВЕ МИСЛЕННЯ

Громадське об'єднання «ВЕКТОР ПОШУКУ»

ЗБІРНИК СТАТЕЙ
учасників сорок четвертої всеукраїнської
практично-пізнавальної конференції

"НАУКОВА ДУМКА СУЧАСНОСТІ І МАЙБУТНЬОГО"



Дніпро, 2021

ЗМІСТ

Галузь: «Охорона здоров'я»

Балдинюк А.Р., Куц О.О. Етіологія та патогенез травм опорно-рухового апарату	3
Горячківська І.А., Куц О.О. Фізична терапія при бронхітах	6
Дем'янюк Ю.О., Куц О.О. Основні періоди фізичної терапії при порушеннях мозкового кровообігу	9
Змісвець Ю.О., Куц О.О. Основні періоди фізичної реабілітації при невритах лицевого нерву	12
Кузьмінська А.Р., Куц О.О. Реабілітаційні заходи при цукровому діабеті ...	15
Малогулко М.П., Куц О.О. Клініко-фізіологічні передумови фізичної реабілітації при астматичному бронхіті	19
Мовчан А.В., Куц О.О. Основні аспекти реабілітації після вивиху плеча ..	22
Панасюк О.П., Куц О.О. Післяопераційна реабілітація при розриві ахіллового сухожилля	25
Перекос Т.А., Куц О.О. Сучасні підходи до реабілітації осіб з остеоартрозом	28
Попова М., Куц О.О. Основні аспекти фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму	31
Редько В.В., Куц О.О. Основні аспекти фізичної терапії при сколіозі	35
Стадник С.В., Куц О.О. Реабілітація при варикозному розширенні вен	38
Чута І.О., Куц О.О. Реабілітаційні заходи при вертеброгенному больовому синдромі	41
Яковишен Р.О., Куц О.О. Сучасні підходи до реабілітації хворих із остеохондрозом хребта	44

ЕТИОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ТРАВМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Балдинюк Андрій Русланович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Протягом останніх десятиліть в Україні залишається надзвичайно гострою проблема тяжких механічних ушкоджень, що виникають під час дорожньо-транспортних пригод, падінь з висоти, насильницьких дій тощо [3]. Так, за даними ВООЗ, до 2020 року травматизм внаслідок ДТП може стати третьою основною причиною загибелі або каліцтва [4]. В останні роки виявляється чітка тенденція до збільшення постраждалих з тяжкими високоенергетичними пошкодженнями [3]. Їх особливістю є висока питома вага полісистемних та поліорганних пошкоджень, які відрізняються тяжким перебігом, високою інвалідністю та летальністю [2]. Однією з самих головних причин інвалідізації населення залишаються травми та захворювання опорно-рухової системи, хоча за останні десятиріччя є значний прогрес сучасної медицини. В структурі первинної інвалідності вони стійко займають третє місце, поступаючись лише захворюванням серцево-судинної системи та онкологічним захворюванням [3]. Щороку в Україні реєструється близько 2 млн. травм, у зв'язку з чим виконується більше 150 тис. оперативних втручань на кістках [5]. Число випадків тимчасової непрацездатності внаслідок травм зросло на 36%, та складає 5,3 випадки на 100 працюючих [4].

Особливістю пошкоджень опорно-рухового апарату є те, що вони призводять до найбільш виражених соціально-економічних втрат, так як переважають серед осіб молодого та середнього віку, які мають високу трудову активність. А інвалідність, як наслідок одержаної травми, займає провідне місце. У нозологічній структурі первинної інвалідності дорослого населення травми посідають третє місце (11%), а у працездатному віці питома вага первинної інвалідності ще вища – від 13 до 25% [1]. За даними [4] інвалідність після переломів кісток досягає 30 – 43,5% загальної інвалідності.

Збільшення в структурі травматизму частки травм внаслідок високоенергетичних дій призвело до появи великої кількості постраждалих з важкими пошкодженнями опорно-рухового апарату, при яких кісткова тканина та оточуючі м'які тканини страждають на великій ділянці [3, 4]. Насправді, в зв'язку з розвитком промисловості, сільського господарства, збільшення кількості транспортних засобів на дорогах, значно зросла кількість травм, причому травматизм змінився не тільки кількісно, а й якісно – значно збільшилося число та тяжкість політравм, тяжких множинних пошкоджень, серед яких переважають переломи довгих кісток кінцівок переважно багатуламкового та поліфокального характеру [4,5].

Вказані пошкодження важко переносяться постраждалими, на тривалий час позбавляють їх здатності самостійно переміщатися, та є одним з основних «джерел» незадовільних результатів лікування травм опорно- рухового апарату [5].

Серед різноманіття пошкоджень саме діафізарні переломи довгих кісток є досить поширеними пошкодженнями серед травм у населення

України, їх кількість становить 48,5% випадків від усіх переломів довгих кісток, а уламкові та поліфрагментарні переломи складають 16,5% від переломів усіх сегментів кінцівок [1]. Частота діафізарних переломів крупних сегментів нижніх кінцівок складає більш ніж 26,3% від загальної кількості переломів довгих трубчастих кісток, при цьому найбільше число ускладнень спостерігається при ушкодженнях нижніх кінцівок – до 54,4%, і трохи рідше (29%) при травмах верхніх кінцівок [2, 4]. Серед усіх переломів довгих трубчастих кісток діафізарні переломи стегнової кістки займають друге місце, та складають від 10,4 до 23,9%, тоді як переломи діафізів кісток гомілки складають до 45%, залишаючись самими розповсюдженими серед пошкоджень кісток сегментів кінцівок [1]. Переломи плечової кістки складають від 14,5 до 16,2% серед переломів довгих кісток, а на діафізарну локалізацію приходиться від 13 до 25% випадків її пошкодження [2]. Частка відкритих діафізарних переломів є наступною: 10,5% серед переломів стегнової кістки, 24,5% серед усіх переломів кісток гомілки, 14,4% серед переломів плечової кістки [5]. За даними Д.Д. Бітчука та співав. (2001), багатуламкові, подвійні та розтроснені переломи складають до 30% всіх закритих та більш 60% відкритих переломів кісток кінцівок [1,3].

Ці пошкодження традиційно займають чільне місце серед причин тривалої тимчасової непрацездатності та первинної інвалідності у хворих після травм та хвороб кістково-м'язової системи, а їх лікування залишається до теперішнього часу далеко не вирішеною проблемою [5]. Тривала тимчасова непрацездатність, інвалідність, висока летальність та великі матеріальні витрати на лікування – це основні аспекти з цілого комплексу проблем медико-соціальної реабілітації таких постраждалих.

Необхідно зауважити, що залишаються актуальними і проблеми розладів репаративного остеогенезу, які виникають після діафізарних переломів довгих кісток кінцівок. Частота такої

патології складає від 2,5 до 18%. Великі матеріальна витрати на лікування хворих з повільною консолидацією, рефрактурами та несправжніми суглобами після діафізарних переломів є одним з найважливіших аспектів медико-соціальної реабілітації пацієнтів з такою патологією [3].

До теперішнього часу в питанні лікування постраждалих з даною патологією немає єдності, в зв'язку з чим лікувальна тактика різних авторів часто буває досить різною та суперечливою.

Лікування постраждалих з діафізарними переломами довгих трубчастих кісток являє собою велику проблему для травматологів за багатьма причинами.

Як правило, такі пошкодження виникають в результаті прямого удару, супроводжуються значним пошкодженням кісток та м'яких тканин, зміщенням кісткових уламків та сколів на значну величину, порушенням кровопостачання та іннервації [1]. Втім кожен сегмент має свої специфічні особливості.

Складність лікування постраждалих з уламковими переломами стегнової кістки визначається рядом факторів.

По-перше, це анатомічні особливості (розташування довгої кістки в оточенні значного м'якотканинного масиву, наявність значного плеча розташованої дистальніше ділянки кінцівки), які зумовлюють легке зміщення фрагментів, виникнення інтерпозиції м'яких тканин та уламків, труднодоступність уламкової зони для консервативних способів корекції та саме головне – визначна нестабільність уламкових переломів стегнової кістки

Література

1. Городниченко А.И. Лечение оскальчатых переломов костей голени стержневыми и спице-стержневыми аппаратами / А.И.Городниченко, О.Н.Усков // Вестник травматологи и ортопеди им. И.Н.Пирогова. - М., 2000. - №3. - С.8-14.
2. Древинг Е.Ф. Травматология: Методика занятий лечебной физкультурой / У.Ф. Древинг. - М.: Познавательная книга плюс, 2012. 224с.
3. Дусмуратов М.Д. Восстановительное лечение больных с заболеваниями и повреждениями ОДА / М.Д. Дусмуратов, В.А.Епифанов. - Ташкент: Медицина, 1984. - 159с.
4. Журавлева А.И. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: Руководство для врачей / А.И.Журавлева, Н.Д.Граевская. - М.: Медицина, 1993. - 423с.
5. Зоря В.И. Костноцементный остеосинтез переломов костей конечностей при остеопорозе / В.И. Зоря, Н.Н. Карчевный // Тезисы участников Юбилейной научно-практической конференции посвященной 70-летию кафедры травматологии и ортопеди ВПХ РГМУ. - М., 2003. - <http://www/travmatology.narod.ru/tezis03.htm>.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ БРОНХІТАХ

Горячківська Інна Андріївна

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

У структурі захворюваності у світі одне з провідних місць належить бронхолегеневій патології. За даними МОЗ України, у 2018-2019 рр., як в попередні роки, так і на нині, переважають захворювання органів дихання [4]. Зростання захворюваності населення на хронічні неспецифічні захворювання легенів призводить до збільшення розмірів втрат суспільства від непрацездатності. Хронічні неспецифічні захворювання легенів (ХНЗЛ) в Україні є найбільш поширеною патологією серед хронічних захворювань, на них страждають 4 мільйони дорослих і близько 1 мільйона дітей. Дорослі хворіють на хронічний бронхіт у 6 разів частіше, ніж діти. Захворюваність ХНЗЛ збільшується з 5,9 на 1000 осіб у віковій групі 20-29 років, до 43,7 - у віці 50-59 років. Це надає проблемі хронічних захворювань легенів не тільки медико-біологічного і соціально-гігієнічного, а й економічного значення [1,2].

Сучасна медицина має у своєму розпорядженні різноманітні фармакологічні препарати для лікування захворювань органів дихання. Однак лікарська терапія викликає значну кількість побічних ефектів і є пасивним методом лікування, що не враховує і не вмикає резервні можливості організму. На думку багатьох авторів, у комплексному лікуванні хворих на хронічний бронхіт фізична реабілітація є невід'ємною частиною і посідає визначальне місце серед відновлювально-реабілітаційних заходів. Лікування та реабілітація досить ефективні лише тоді, коли заняття призначаються індивідуально з урахуванням особливостей перебігу захворювання, функціональних можливостей і фізичної підготовленості хворих на хронічний бронхіт. Під впливом цілеспрямованого та систематичного застосування кінезотерапії, як спеціальних, так і загальнорозвивальних вправ, значною мірою посилюється функція зовнішнього дихання, а вправи для збільшення сили м'язів тулуба здійснюють позитивний вплив на функцію діафрагми, що значною мірою обумовлює хороший дренаж навіть прикореневого бронху і глибоко розташованих бронхіол. Можливості реабілітації хворих на хронічний бронхіт, а особливо студентів, повинні розглядатися саме залежно від форми

захворювання та ступеня порушення легеневої вентиляції [3]. Методологічні підходи Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), застосування яких дозволяє проводити аналіз обмеження життєдіяльності, полягають у вирішенні питання щодо збільшення фізичної активності та оздоровчих навичок студентів, зміні довкілля, які необхідні для покращення якості життя [2].

Реабілітаційні заходи при хронічному бронхіті можна починати проводити при стиханні гострого процесу при гострих бронхітах і після фази загострення при хронічному бронхіті. Вони спрямовані, перш за все, на підвищення загальної і місцевої резистентності бронхіального дерева, опірності організму до простудних та інфекційних захворювань у верхніх дихальних шляхах. Крім цього реабілітаційний вплив сприяє посиленню крово- і лімфообігу, зменшенню запальних змін у бронхах, відновленню дренажної функції бронхів і механізму правильного дихання [1].

Проблема реабілітації хворих з бронхо-легеневою патологією стоїть дуже гостро. До недавнього часу в нашій країні під реабілітацією розумілося санаторно-курортне лікування з усім характерним для цього набором заходів і процедур. Якщо розглядати такий підхід, то він мало чим відрізняється від лікування з тією лише відмінністю, що він проводиться в умовах санаторію або курортної поліклініки [1,2].

У той же час останніми роками відбулися суттєві зміни, як у розумінні сутності реабілітації пацієнтів, які страждають на патологію бронхів і легенів, так і в наповненні самих реабілітаційних програм. Однак при цьому закономірно встає питання про те, що ж таке реабілітація [3].

Згідно з останніми спільними рекомендаціями Американського торакального суспільства й Європейського респіраторного суспільства, визначення виглядає таким чином: «Легенева реабілітація – мультидисциплінарна, заснована на доказовій базі, всеосяжна система заходів для хворих на хронічні захворювання органів дихання, що має клінічно значущий перебіг захворювання та порушення рівня повсякденної активності. Інтегрована у щоденне лікування пульмонологічна реабілітація покликана зменшити прояви хвороби, оптимізувати функціональний статус, поліпшити кооперативність і зменшити вартість лікування за рахунок стабілізації або зменшення системних проявів хвороби» [4].

Таким чином, найважливішим завданням реабілітації студентів із хронічним бронхітом є покращення функціонального стану дихальної системи, поліпшення соціальної адаптації пацієнта, порушеної внаслідок настання неспроможності, що є наслідком хронічної хвороби. Фізична реабілітація (або фізична терапія) є найважливішою невід'ємною частиною ведення студентів, хворих на хронічний бронхіт, яка значно покращує результати лікування.

Література

1. Івасик НО. Складання індивідуальної програми з фізичної реабілітації для дітей з бронхо-легеневими захворюваннями. Наук. часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Сер. 15: Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз.культура і спорт). 2016; 9(79): 47–51.
2. Кочуєва ММ, Крутько ВС, Потейко ПІ, Сокол ТВ, Рогожин АВ, Тимченко ГА. Діагностика та лікування хронічного обструктивного захворювання легень: навч. посіб. для самост. роботи. Харків; 2017. 100 с.
3. Петрухнов ОД, Рубан ЛА. Динаміка параметрів функції зовнішнього дихання у студентів із хронічним бронхітом. В: Фізична культура, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи: зб. тез наук. доп. 19 Міжнар. наук.-практ. конф.; 2019 Груд 6; Харків. 2019. с. 119-21.
4. Півень ОП, Іщенко ОА. Особливості фізичного виховання зі студентами спеціальних медичних груп. Особливості застосування засобів фізичної реабілітації при хронічному бронхіті у чоловіків. Наук. часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Сер.: Фізична культура. 2019; 5(113): 126-30.

ОСНОВНІ ПЕРІОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Дем'янюк Юлія Олександрівна

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Останні десятиліття минулого століття характеризувалися революційними змінами в діагностиці захворювань церебральної судинної патології. Впровадження у медичну практику ультразвукових методів дослідження, комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ), ангіографії піднесло діагностику судинних захворювань на якісно новий рівень [2]. Близько 40% гострих порушень мозкового кровообігу з вогнищевими ураженнями мозку не могли бути верифіковані без нейровізуалізації, що, безумовно, покращило діагностику церебральної патології і деякою мірою збільшило статистичний показник захворюваності. Нові функціональні та лабораторні методи досліджень зробили ранню діагностику надбанням клінічної практики, що позначилося не тільки на збільшенні захворюваності, а й на зменшенні смертності, оскільки своєчасне лікування поліпшує перебіг захворювання та запобігає виникненню ускладнень [3].

З огляду на сучасні аспекти проблеми стає зрозумілим, що зараз найбільш ефективним методом її вирішення є запобігання виникненню інсульту. Хоча головна роль у зниженні захворюваності та смертності від гострого порушення мозкового кровообігу належить первинній профілактиці, суттєвий ефект щодо зменшення летальності має саме оптимізація системи допомоги хворим на інсульт, урахувавши заходи щодо реабілітації і вторинну профілактику. Незважаючи на переконливі наукові докази й сформульовану в керівних положеннях тактику, організована допомога все ще далека від повноцінного впровадження і зберігається нерівність у наданні допомоги навіть на місцевому рівні. Відносна кількість хворих на інсульт, яким допомогу було надано в інсультних відділеннях, становить 23% в Австралії, 31% у Канаді, 50% у Великобританії, приблизно 80% у Скандинавських країнах. В Японії інсультні відділення створені менше [4].

В Україні сучасна стратегія лікування інсульту впроваджується або повільно, або взагалі не

застосовується. Не в усіх областях України є адекватно обладнані спеціалізовані відділення для лікування хворих на цереброваскулярні захворювання через економічні складності, обмежено діагностичну базу і можливість надання кваліфікованої інтенсивної терапії. Тільки 13–15% хворих на інсульт госпіталізується в межах терапевтичного вікна, частина хворих узагалі не госпіталізується у стаціонари й не отримує адекватної допомоги. Також недостатнім є штат кваліфікованих фахівців (неврологів, нейрохірургів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, анестезіологів), які здатні надавати відповідну допомогу хворим на інсульт [2].

Особливу увагу приділяють вивченню факторів ризику цереброваскулярних захворювань [3]. При цьому концепція факторів ризику базується на математично верифікованих зв'язках між захворюваннями, синдромами, умовами життя, діяльності людини і чинником розвитку інсульту. Продемонстрований тісний зв'язок між церебральною і кардіальною патологією, що виникає внаслідок таких серцево-судинних захворювань, як артеріальна гіпертензія. В останні роки відзначено омолодження контингенту пацієнтів з цереброваскулярною патологією, в тому числі з геморагічним інсультом, що призводить до суттєвих соціально- економічних наслідків. Через це вивчають роль віку у системі патогенетичних факторів ризику інсульту [3]. Для зміни епідеміологічної ситуації щодо цереброваскулярних хвороб у позитивний бік в Україні була затверджена державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань. Метою програми є запобігання та зниження рівня захворюваності на серцево-судинні та судинно-мозкові хвороби, зниження інвалідності та смертності від їх ускладнень, а також збільшення тривалості й підвищення якості життя населення [4,5].

У перебігу інсульту виділяють декілька періодів: 21 день від початку захворювання складає гострий період; із першого до шостого місяця ранній відновний період; від шостого місяця до першого року – пізній відновний період; після одного року – період залишкових явищ [1].

В межах гострого періоду виділяють найгострішу фазу – перші сім днів, протягом яких хворий повинен знаходитися в палаті інтенсивної терапії спеціалізованого інсультного центру. Основна мета – збереження життя, початок реабілітаційних заходів та стабілізації життєво важливих функцій пацієнта (може ковтати, стабільний кров'яний тиск і ЧСС, самостійно дихає, при свідомості). Завданнями ранньої реабілітації в гострому періоді є попередження розвитку патологічних станів і ускладнень, вироблення активних рухів, корекція порушення ковтання, початок роботи з відновлення мови, психологічна реабілітація [3].

Завданнями відновного періоду є попередження повторного інсульту і максимально інтенсивна реабілітація. Темпи відновлення пацієнтів у цьому періоді найбільш швидкі, максимально ефективна в цей час рухова реабілітація. Відбувається відновлення рухів у кінцівках. Крім цього, продовжується робота з відновлення мови, читання, мислення, емоційно-вольової сфери [3,4].

Пізній відновний період - період залишкових явищ протягом якого не припиняється

профілактика повторного інсульту і відновлення втрачених функцій. Мета цього періоду – розвинути і закріпити досягнуті успіхи відновної кінезітерапії. Резерви все ще зберігаються, але відновлення суттєво сповільнюється. Саме в цей період пацієнти продовжують відновлювати моторні функції та втрачені навички [5].

У період залишкових явищ продовжується профілактика повторного інсульту. За дотримання принципу систематичності вдається досягнути значного покращення фізичного стану пацієнта. Таким чином, всупереч наявній думці, що при інсульті реабілітація повинна розпочинатися після виписки зі стаціонару, починати кінезітерапію після інсульту потрібно після ліквідації загрози життю пацієнта. І чим раніше розпочати, тим кращих результатів можна досягнути [1,3].

У світовій практиці у відновному лікуванні (реабілітації) після інсульту у пізньому відновному періоді провідне місце займає міждисциплінарний підхід, який передбачає участь декількох спеціалістів: фізичного терапевта (фізичного реабілітолога), який забезпечує відновлення рухових функцій; ерготерапевта, котрий забезпечує відновлення функцій кисті; мовного терапевта (логопеда), який відновлює функції мови і ковтання; медичного психолога, що слідкує з психологічним станом пацієнта і не допускає депресії [5].

Відновлюванне лікування після інсульту розпочинається ще в гострому періоді, яке включає фармацевтичні засоби і спокій. В гострому періоді гострого порушення мозкового кровообігу з метою фізичної реабілітації проводять лікування положенням, пасивні і активні рухи, дихальну гімнастику, вправи на розслаблення м'язів, вправи на збереження й збільшення обсягу рухів у суглобах, на нормалізацію і поліпшення координаційних можливостей.

Література

1. Віничук СМ. Рання реабілітація після гострих порушень мозкового кровообігу. Міжнародний неврологічний журнал. 2016; (8): 34-39. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2016_8_6
2. Войта В, Перенц А. Принципы Войты. Игры мышц при рефлекторном поступательном движении и двигательном онтогенезе. 3-изд. Н.Новгород: Springer; 2015; 171 с.
3. Галушко ОА. Інтенсивна терапія гострого ішемічного інсульту. Практична ангіологія. 2012;2/1: 2-9.
4. Герцик АМ. Можливості використання в Україні канадського досвіду організації клінічної діяльності фахівця фізичної реабілітації. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фіз. виховання і спорту: Зб. наук. пр. За ред. С.С. Єрмакова. Х.: ХДАДМ (XXIII);2004;с. 27-35.
5. Калінкін КЛ, Баннікова РО, Калінкіна О. Вплив кардіореспіраторного тренування на покращення когнітивних функцій та рівень топографічного орієнтування осіб з черепно-мозговою травмою Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2018; (3): 65-70.

ОСНОВНІ ПЕРІОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ НЕВРИТАХ ЛИЦЕВОГО НЕРВУ

Змієвець Юрій Олександрович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Ураження лицевого нерва – поліетіологічне захворювання ЛН, що викликає, переважно, компресійно-ішемічні зміни в ділянці нерва, яка проходить через фаллопієвий канал (ФК) в піраміді скроневої кістки, проявляється гостро або підгостро такими ознаками, як парез або параліч м'язів [1,4].

Однією з найважливіших проблем в неврології є реабілітації пацієнтів після невриту лицевого нерва. Дана патологія призводить до незворотних процесів в тканинах нерва, часто не підлягає відновленню, що призводить до трофічних порушень м'язів обличчя.

В багатьох дослідженнях зазначається, що після перенесеного захворювання пацієнти мають серйозні психологічні проблеми, пов'язані з дефектом обличчя (асиметрія), слинотечею, з подальшим наростанням симптоматики невропатії лицевого нерва, що порушує нормальний спосіб життя і соціальну активність людини [1, 3].

У комплексному лікуванні цієї групи хворих важливе місце посідають ЛФК, масаж і фізіотерапія.

Завданнями комплексного відновного лікування при периферичних паралічах є стимуляція регенерації і розгальмовування пригноблених ділянок нерва; покращення кровопостачання і трофічних процесів в осередку ураження, з метою профілактики утворень зрощень і рубцьових змін; зміцнення паретичних м'язів і зв'язкового апарату; профілактика контрактур і тугорухливості суглоба; відновлення працездатності шляхом нормалізації рухових функцій і розвитку компенсаторних пристосувань. ЛФК протипоказана при сильних болях і важкому загальному стані хворого. Методика і характер реабілітаційних заходів визначається обсягом рухових розладів, їх локалізацією і стадією захворювання.

Виділяють ранній відновний (2-20-а доба), пізній відновний (20-60-а доба) і резидуальний (більше 2-х місяців) періоди. При оперативних втручаннях на нервах межі всіх періодів

подовжені й нечіткі. Так, ранній відновлюваний період може тривати до 30-40 днів, пізній – 3-4 місяці, а резидуальний – 2-3 роки.

Ранній відновлюваний період. При розвитку паралічу пошкодженої кінцівки створюються оптимальні умови для відновлення її функції шляхом лікування положенням, застосуванням масажу і фізіотерапії. Лікування положенням призначається для попередження перерозтягнення ослаблених м'язів за допомогою шин, що підтримують кінцівку, спеціальних “укладань”, коригуючих положень за винятком часу занять гімнастикою.

Особливістю масажу при периферичних паралічах є його диференційована дія на м'язи, чітке дозування інтенсивності, сегментарно-рефлекторний характер дії (масаж комірної, попереково-крижової області). Сприятливий вплив має апаратний масаж (вібраційний), здійснюваний у “рухових точках” і вздовж паретичних м'язів, вихровий і струменевий підводний масаж, що поєднує позитивний температурний вплив теплої води і механічну дію її на тканини.

За відсутності рухових функцій для поліпшення провідності нервів застосовують електрофорез з іонами кальцію. Після фізіотерапевтичних процедур проводять заняття лікувальною гімнастикою, які при повному паралічі в основному складаються з пасивних й ідеомоторних вправ. Доцільно поєднувати пасивні вправи з активними рухами в тих же суглобах симетричної кінцівки. Під час занять особливо треба стежити за появою довільних рухів, добираючи оптимальні початкові положення, і прагнути підтримувати розвиток активних рухів.

У пізній відновлюваний період також використовується лікування положенням, масаж, лікувальна гімнастика і фізіотерапія. Лікування положенням має дозований характер і визначається глибиною парезу. Чим глибше ураження, тим більше часу (поза активними заняттями) триває лікування положенням. Масаж проводять диференційовано, відповідно локалізації ураження м'язів, але інтенсивніше масажують ослаблені м'язи, а застосовуючи прийоми погладження і поверхневого розтирання, розслаблюють їх антагоністи. Фізіотерапевтичне лікування доповнюється електростимуляцією м'язів. Позитивний ефект дає наступна схема проведення лікувальної гімнастики: активні рухи в симетричних суглобах здорової кінцівки, пасивні рухи в суглобах ураженої кінцівки, активні полегшені вправи співдружності за участю ослаблених м'язів. Полегшення функціонального навантаження досягається добром відповідних початкових положень для виконання вправ, що знижують гальмуючий вплив маси сегменту кінцівки. Для зменшення тертя використовують вправи за підтримки сегменту кінцівки м'якою лямкою (на вазі). Полегшує роботу паретичних м'язів і тепла вода.

У резидуальний період продовжують заняття лікувальною гімнастикою, значно збільшують кількість прикладних вправ для тренування побутових і професійних навичок, вводять ігрові і спортивно-прикладні елементи, формують оптимальні компенсаторні пристосування.

Призначають 15-20 процедур масажу, повторюючи курс лікування через 2-3 місяці. Лікування положенням визначається ортопедичними завданнями (відвисання стопи, кисті, варусна установка стопи та ін.) і здійснюється за допомогою ортопедичних і протезних виробів (апаратів, таторів, спеціального взуття).

У цей час особливу увагу в лікуванні слід приділяти контрактурам і тугорухливості суглобів. Чергування пасивних рухів з активними вправами різного характеру і масажем неуразених відділів, легкі теплові процедури дозволяють відновити необхідну амплітуду рухів. При стійкості вторинних змін у тканинах застосовують механотерапію, що ефективно використовується у водному середовищі.

Література

1. Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М., Коркушко О.О., Мурашко Н.К., Ханенко Н.В. Міастенія. К.: Нічлава, 2009.- 286 с.
2. Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М., Попов О.В. та ін. Застосування скальпової акупунктури в комплексному лікуванні лицевого паралічу//Матеріали наради-семінару «Сучасні аспекти використання ркфлексотерапії в медичній реабілітації»(Київ, 25-26 листопада 2011 р).- С.49-53.
3. Чуприна Г.М., Мурашко Н.К., Галуша А.І. та ін.. Використання скальпової акупунктури в комплексному лікуванні хворих з лицевим геміспазмом: випадок з практики//Матеріали наради-семінару «Сучасні аспекти використання ркфлексотерапії в медичній реабілітації»(Київ, 25-26 листопада 2011 р).- С.96-98.
4. Чуприна Г.М., Мурашко Н.К., Попов О.В. та ін.Застосування лазерорефлексотерапії при лікуванні больових синдромів обличчя//Матеріали наради-семінару «Сучасні аспекти використання ркфлексотерапії в медичній реабілітації»(Київ, 25-26 листопада 2011 р).- С.93-96.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

Кузьмінська Анна Русланівна

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Цукровий діабет (ЦД) є найважливішою медико-соціальною проблемою у всьому світі. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я до 2025 р. очікується збільшення кількості хворих на ЦД до 300 млн осіб. Широке поширення ЦД, тяжкість пізніх ускладнень, дорожня засобів діагностики і лікування, які необхідні хворим протягом всього життя, призвели до перегляду класифікації ЦД, посилення діагностичних критеріїв, що дозволить виявити більшу кількість людей з високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень. ЦД - один з найважливіших факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, які вважаються основною причиною смерті пацієнтів. Троє з чотирьох хворих діабетом вмирають від причин, пов'язаних з атеросклерозом, і в більшості випадків (75%) від ішемічної хвороби серця (ІХС). Проте майже 70% пацієнтів з ЦД не вірять, що вони відносяться до групи високого ризику серцево-судинних захворювань .

Результати епідеміологічних досліджень свідчать про те, що ризик коронарних ускладнень у хворих на ЦД без ІХС зіставимо з ризиком у хворих з встановленим діагнозом ІХС. Ці статистичні дані знайшли відображення в сучасних міжнародних рекомендаціях з лікування атеросклерозу. Пацієнти з ЦД 2-го типу за ступенем ризику розвитку ускладнень і відповідно по стратегії гіполіпідемічної терапії прирівняні до хворих з ІХС. Це положення внесене і в рекомендації з профілактики серцево-судинних захворювань.

У реабілітації хворих цукровим діабетом використовується широкий арсенал лікувальних засобів, що впливають на різні патогенні ланки захворювання та його ускладнень, що веде за собою поліпрагмацію і додаткове навантаження на організм. У цьому зв'язку особливої актуальності набуває пошук методів немедикаментозної корекції порушень різних видів обміну речовин і впливу на функціональний стан нервової і серцево-судинної систем [1,3].

Дієтотерапія – перший і традиційний метод реабілітації хворих цукровим діабетом, який застосовується протягом більше двох століть [1]. Він і сьогодні є базовим лікувальним методом

при будь-якій формі захворювання, незалежно від його типу, важкості і тривалості. Чіткі уявлення про патогенез ЦД 1 і 2 типу дозволили сьогодні сформулювати основні принципи дієтотерапії при цьому захворюванні:

1. фізіологічне співвідношення кількості білків, жирів та вуглеводів (вуглеводів – 50-60%, жирів – 25-30%, білків – 15-20%);
2. розрахунок енергетичної цінності добового раціону з урахуванням віку, статі, енерговитрат та ідеальної маси тіла;
3. підтримання нормальної маси тіла;
4. виключення з раціону легкозасвоюваних вуглеводів, обмеження вживання продуктів, багатих на вуглеводи;
5. стабільний режим харчування, ізокалорійний розподіл енергетичної цінності харчового раціону.

У зв'язку з необхідністю заміщувальної терапії інсуліном при ЦД 1 типу до вказаних принципів слід додати облік додаткового фізичного навантаження, якому повинно передувати обов'язкове приймання вуглеводів для профілактики гіпоглікемії. ЦД 2 типу переважно пов'язаний з ожирінням, тому кардинальним аспектом дієтотерапії тут являється нормалізація або по меншій мірі зниження маси тіла, тобто обмеження калорійності раціону. У таких пацієнтів немає необхідності в дробовому і фіксованому прийомі їжі, особливо якщо вони не приймають цукрознижуючі препарати. Крім вуглеводів суттєво обмежують жири.

Особлива увага надається вправам, спрямованим на зниження вираженості нейропатичних та трофічних розладів збереженої кінцівки. З цією метою застосовують спеціальні вправи для ступні на роликівих масажерах, спеціальних циліндричних або ребристих валиках, тактильних м'ячах у положенні сидячи.

Частим проявом генералізованої нейропатії є порушення функції кисті – відчуття дотику, можливості захвату й утримання дрібних предметів, що утруднює користування протезами. В зв'язку з цим вправи для тренування дрібної моторики кисті вводять до комплексу ЛГ як елемент підготовки до подальшого протезування [1,4].

З метою профілактики прогресування тугорухливості й утворення контрактур в суглобах вкороченої кінцівки дотримуються постурального режиму.

Дозовану ходьбу з опорою на милиці вводять із 2-3 дня перебування в стаціонарі, вона є обов'язковим елементом підвищення рухової активності, підготовки до подальшого протезування. При наявності II ступеня артеріальної недостатності збереженої кінцівки здійснюється дозована ходьба на короткі відстані – від 10 до 50 м зі швидкістю переміщення до 0,7 км/год (тобто 12 м/хв), при I ступені артеріальної недостатності – до 3 км/год 3-4 рази на день на відстані до 50 м і 5-6 разів на короткі відстані.

Спортивні ігри. ЛФК доповнюється іграми малої рухливості (настільні ігри) які не тільки підвищують емоційний тонус, що само по собі дуже важливо, але й розвивають пам'ять, увагу, а в ряді випадків – координацію та дрібну моторику кисті.

Бандаж культі. При вираженій булавовидній формі культі гомілки, циліндричній формі культі стегна, набряковості й зміні об'ємних параметрів на протязі дня застосовується механічний вплив на м'які тканини прийомом бандажування культі. Тривалість компресії складає від 20 хв. до 1 год. за 1 процедуру, 2-4 рази на день.

Масаж використовують обмежено. Методика його залежить від стану хворого.

Засоби ЛФК при підготовчому руховому режимі. Окрім задач попереднього рухового режиму, ставляться додаткові задачі: пониження рівня глікемії при зростаючих фізичних навантаженнях, тренування функції рівноваги при ходьбі з опиранням на милиці, підготовка культі до протезування, лікування нейросудинних ускладнень на збереженій кінцівці, підвищення загального тонусу організму і підготовка до навантажень, пов'язаних із ходінням на протезах.

Тривалість виконання різних вправ досягає 2,5 год., лікування положенням – 1,5 год. Дозовану ходьбу включають до режиму дня в проміжках між лікувальними процедурами [1,2,5].

Комплекс ранкової гігієнічної гімнастики тривалістю заняття 15-20 хв. включає в себе 10-12 вправ.

Лікувальна гімнастика. Співвідношення загальнорозвиваючих ФВ до спеціальних складає 1:2, дихальних і розслаблюючих до вправ для суглобів кінцівок – 1:3. Тривалість заняття ЛГ складає 40 хв.

При наявності тугорухливості і контрактур використовують вправи, спрямовані на збільшення об'єму рухів у суглобах і тренування м'язів. Для ослаблених м'язових груп використовують ізотонічні концентричні та ексцентричні вправи з максимально можливим діапазоном рухів, з поступовим збільшенням навантаження і обмежено-ізометричні скорочення ослаблених м'язів. Використовують постуральні вправи з фіксацією в крайніх положеннях, ортопедичні укладки за допомогою мішечків із піском вагою до 3-5 кг або вантажів різної ваги, прийоми ручної редресації. Для м'язів, що знаходяться в стані спазму, використовують м'язові розтяжки в різних вихідних положеннях, вправи на розслаблення в полегшених вихідних положеннях. Широко використовують ФВ функціонального характеру, які по мірі освоєння поступово ускладнюють. Вводять сходження на сходинку висотою 10-30 см, переступання через перешкоди при ходьбі з милицями, рух через пороги.

Методи фізичної реабілітації: кінезітерапія, погоджена з дієтотерапією й інсулінотерапією; різні види фізіотерапії і масажу, – значно підвищують ефективність медикаментозного підтримувального лікування цукрового діабету I типу, мають профілактичну дію на розвиток

ускладнень, які пов'язані з основним захворюванням, що свідчить про ефективність запропонованої нами програми фізичної реабілітації підлітків, які страждають на цукровий діабет I типу.

Література

1. Болтенков В. К. Значение ранней реабилитации больных с диабетической нейроангиопатией нижних конечностей // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. – №2. – С. 27-28.
2. Булат Л. М., Мельник П. С. Клінічна фізіотерапія і курортологія. Вінниця. 2000. – 215 с.
3. Варгатий С. Толерантність до фізичних навантажень у хворих на цукровий діабет залежно від його типу // Ліки України. 2003. - №12. – С. 84-86
4. Горбунов Ф. Е, Турова Е. А., Сичинова Н. В. Изменение функционального состояния нервно-мышечного аппарата у больных с дистальной диабетической полинейропатией при применении интерференционных токов и жёлтых скипидарных ванн. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2001. - №6. – С 23-27.
5. Курдыбайло С. Ф., Герасимова Г. Ф. Лечебная физическая культура в реабилитации больных сахарным диабетом после ампутации нижних конечностей. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2001. - №6. – С 35-40.

КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ АСТМАТИЧНОМУ БРОНХІТІ

Малогулко Микола Петрович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Бронхіти привертають пильну увагу педіатрів у зв'язку з відсутністю чітких діагностичних критеріїв і важкістю терапії, а також термінологічними поглядами у формулюванні діагнозу, а саме альтернативного формулювання АБ як повторних бронхітів у часто хворіючих гострими респіраторними захворюваннями дітей через різні причини [4,5].

Слід зазначити, що незважаючи на приналежність АБ до поширених форм ураження дихального тракту з тенденцією до трансформації його в більш важкі захворювання з можливими несприятливими наслідками та достатню кількість робіт, присвячених проблемам АБ, єдиного концептуального погляду на патогенетичні аспекти формування та пролонгування запального процесу в бронхолегеневій системі дослідники не відзначають [1,4]. Провідну роль у формуванні АБ найчастіше віддають персистуючій вірусній [3] і бактеріальній [1] інфекціям, екологічному неблагополуччю навколишнього середовища [4], порушенням функціонування імунної системи [5] та соціальним факторам [1,2,5].

Відомо, що існує чіткий зв'язок між гомеостатистичними можливостями, здатністю формування дитиною захисних реакцій та її фенотипічними особливостями, що говорить на користь спадкової схильності дитини до повторних гострих респіраторних захворювань і у тому числі АБ. Відзначено, що реалізується ця схильність під впливом чинників зовнішнього середовища, шляхом розвитку порушень у захисних системах і, перш за все, імунній. Найбільш уразливі діти до впливу шкідливих чинників середовища в так звані "критичні" періоди формування і становлення імунної системи.

Інфекційний фактор об'єднує положення про провідну роль частих респіраторно-вірусних інфекцій у розвитку і загостренні АБ. Екологічний фактор підтверджує наявність зв'язку між частотою гострих і хронічних захворювань органів дихання і рівнем забрудненості атмосферного повітря міст. Шкідлива дія полутантів та інших забруднень повітряного

середовища веде до придушення системи місцевого захисту проти вірусних і бактеріальних агентів і формуванню гострого і хронічного запалення [1,5].

Сучасні дослідження підкреслюють зростаючу роль у генезі АБ екологічного неблагополуччя навколишнього середовища [4]. Перманентний інтенсивний вплив твердих, рідких і газоподібних промислових викидів, вихлопних газів автомобілів, несприятливих гігієнічних житлових умов, пасивного куріння не може не сказуватися на стані реципрокного апарату та місцевого імунітету дихального тракту.

Різного роду фактори навколишнього середовища, що чинять токсичний, сенсibiliзуючий, ірритантний вплив на слизову оболонку дихального тракту, безумовно, сприяють частим респіраторним захворюванням [1].

Дихальна система має комплекс захисних реакцій, в яких гармонійно поєднуються природна стійкість і набутий імунітет, а їх порушення сприяють розвитку патологічного процесу [2], особливо у дітей, на фоні вікового становлення імунної системи.

Існує думка, що виходячи з стану розповсюженості бронхолегеневої патології, у тому числі АБ, впливає важливість практичної реалізації і вдосконалення реабілітаційних заходів не тільки в медичних установах, а й в спеціалізованих центрах та санаторіях. Катастрофічно зростає необхідність комплексного, координованого впливу з боку не тільки працівників охорони здоров'я (пульмонологів, педіатрів та ін.), але і, перш за все батьків, педагогів, психологів, фахівців з фізичної, соціальної реабілітації, фахівців з фізичної культури і спорту. Саме інтеграція різних реабілітаційних та оздоровчих напрямків набуває пріоритетного значення, сприятиме створенню необхідних умов для формування, збереження, зміцнення здоров'я підростаючого покоління [2,5].

Першочерговим та невід'ємним компонентом у процесі фізичної реабілітації дітей з АБ є проведення реабілітаційного обстеження з метою визначення функціональних порушень та встановлення реабілітаційного діагнозу, що в подальшому дозволить створити адекватну потребам пацієнта індивідуальну програму фізичної реабілітації. Реабілітаційне обстеження є складовою фізичної реабілітації, яке проводиться з метою визначення реабілітаційного діагнозу та базується на суб'єктивній, об'єктивній оцінках та даних спостереження. Послідовне проведення комплексного реабілітаційного обстеження за запропонованим алгоритмом та детальний аналіз його результатів сприятиме визначенню реабілітаційного потенціалу, причин порушень з боку різних систем організму та індивідуалізації реабілітаційного процесу дітей з бронхо-легеневими захворюваннями [5].

Привертає до себе увагу той факт, що дослідники відзначають необхідність застосування в програмах реабілітації дітей з бронхолегеневою патологією окрім медикаментозної терапії ще й ЛФК, фітотерапію, заняття у басейні, відвідування сауни, фізіотерапію, різні методи масажу, кінезітерапію, загартовування [2]. Більш того, слід підкреслити думку науковців [1] про те, що

основу відновного лікування складають немедикаментозні методи (лікувально-охоронний режим, дієта, лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапія), які повинні бути патогенетично обґрунтовані, оптимальні за обсягом, поєднані з базисною терапією, нешкідливі, добре психологічно переносимі.

Це не викликає сумнівів, оскільки, як показують спеціальні дослідження і практичний досвід, навіть раціональне, але ізольоване застосування тільки медикаментозних засобів не тільки пов'язано зі значними матеріальними витратами, але і в ряді випадків не забезпечує повноцінного відновлення втрачених функцій і пов'язане з негативними аспектами. У той же час, раціональне поєднання медикаментозної допомоги з етапним застосуванням немедикаментозних методів, що включають методики апаратної фізіотерапії, бальнеотерапії, лікувальної фізкультури та масажу, дозованих фізичних тренувань, психотерапії, кліматолікування і спеціалізованих навчальних програм, значно підвищує не тільки безпосередню медичну ефективність, але і, що не менш, а може бути і більше важливо, віддалену ефективність медико-соціальної допомоги. Значення останнього аспекту зумовлено ефектом вторинної профілактики і запобігання хронізації патологічних процесів, що, в кінцевому рахунку має не тільки медичне, але й істотне економічне значення [2].

В даний час незаперечно доведено, що успішно проведене санаторне лікування на курорті значно покращує прогноз хронічних неспецифічних захворювань легенів [4].

Література

1. Борисова О.Н., Гулина О.П., Фёдоров С.Ю., Щербаков Д.В. Дыхательная гимнастика при помощи тренажёра с дозированным сопротивлением на вдохе и выдохе при бронхообструктивном синдроме// Вестник новых медицинских технологий. – 2004. – Т. XI, №3. – С. 95.
2. Быков Д.В., Макаров Ю.П., Орешкин С.Ю. Методология формирования оптимального статического и динамического стереотипа в лечении и профилактике болей в спине на основе упражнений цигун «Железная рубашка»// ЛФК и массаж. – 2004. - №5. – С.29-37.
3. Ильина Е.С. Организация пульмонологической помощи детям с бронхолёгочной патологией// Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – Т. 47, №1. – С. 23-27.
4. Казанкевич В.П., Кірей К.Я., Лемко О.І., Вантюх Н.В. Імунологічний стан хворих на хронічний обструктивний бронхіт та його зміни внаслідок впливу штучної сольової аерозольтерапії// Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2003. - №4. – С.21-23.
5. Каладзе М.М., Дудченко Л.Ш. Нові засоби вторинної профілактики у дітей, хворих на рецидивний бронхіт// Педіатрія. – 2002. – №5. – С. 57-58.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ВИВИХУ ПЛЕЧА

Мовчан Андрій Володимирович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Вивихи у плечовому суглобі посідають одне з перших місць за частотою серед усіх вивихів. Причини, що приводять до травматичних вивихів ділять на дві групи: ті, що більш-менш сприяють; ті, що викликають.

До перших, головним чином, відносяться взаємозв'язок будови і функції суглобів верхньої кінцівки. До причин, що викликають відноситься пряма і непряма зовнішня сила (травма).

Між методами травматологічного лікування і засобами вчасно початого функціонального лікування є тісний взаємозв'язок. З засобів, застосовуваних у процесі функціонального відновлювального лікування, широко використовуються лікувальна фізкультура, масаж, гідрокінезотерапія (лікування рухом у воді), механотерапія і трудотерапія. Усі ці засоби фізичної реабілітації сприяють більш швидкому відновленню обсягу рухів ушкодженої кінцівки[1-3].

Виділяють декілька етапів ФР: лікарняний, поліклінічний, санаторний і диспансерний. На лікарняному етапі хворого може використання фізичних лікувальних засобів, включаючи апаратну і неапаратну фізіотерапію, кліматотерапію, лікувальну фізкультуру, психотерапію, іноді працетерапію і навіть деякі форми хірургічної допомоги: пластичні і реконструктивні операції. На поліклінічному і диспансерному етапах переважно використовуються медикаменти, лікувальна фізкультура і преформированние фізичні чинники. Основні завдання ФР:

- відновлення анатомічної цілісності органу або структури (при нагоді);
- відновлення функцій відповідного органу, системи, структури;
- відновлення психіки хворого з формуванням належного відношення до себе (своєму здоров'ю), до сім'ї, до тих, що оточують, до роботи;
- комплексне відновлення функціональних можливостей організму хворого в цілому.

Виділяють основні найважливіші принципи медичної реабілітації [2,5]:

- єдність психосоціальних і медичних методів ФР;

- ранній початок;
- системність, послідовність, безперервність;
- індивідуалізація реабілітації з урахуванням адаптаційних можливостей організму конкретного хворого;
- принципи партнерства, що передбачають активну участь хворого в реабілітаційному процесі;
- комплексність і динамічність ФР;
- принцип закінченості ФР, з досягненням стійкого рівня відновлення здоров'я;
- використання підтримуючих заходів в періоді залишкових явищ після травми або захворювання.

У літературі звичайно розрізняють три періоди медичної реабілітації: ранній, пізній і підтримуючий. У. В. Кенц (1993) розрізняє чотири періоди: ранній, здійснюваний переважно в лікарняному стаціонарі (перші тижні і місяць після травми, операції, гострого періоду захворювання); середній, такий, що проводиться в реабілітаційних відділеннях лікарень, поліклінік, в реабілітаційних центрах і санаторіях (2-6 місяці після вищезгаданого); пізній - в поліклініці, диспансері, реабілітаційному центрі (РЦ), санаторії (3-12 місяців) і що підтримує - диспансері, поліклініці і санаторії (другий і подальші роки). Зрозуміло, що для різних категорій хворих ці періоди мають різну тривалість.

Залежно від положення голівки плеча після вивиху розрізняють передній вивих, що трапляється у переважній більшості випадків, а також нижній і задній вивихи. Після вправлення вивиху головки плечової кістки здійснюють іммобілізацію гіпсовою лонгетою або пов'язкою Дезо на 3-4 тиж.

В *іммобілізаційному періоді*, крім дихальних і загальнорозвиваючих вправ, проведених у вихідному положенні стоячи, і рухів у суглобах здорової руки, застосовують із перших днів після травми активні рухи в суглобах пальців ушкодженої кінцівки.

Постіммобілізаційний період. Основне значення має відновне лікування, проведене після зняття гіпсової пов'язки. Руку на 2-3 тиж укладають на широку косинку, яка добре підтримує плече (це сприяє притисненню головки плеча до суглобової западини і перешкоджає розтягненню капсули плечового суглоба. Зміцненню суглоба шляхом підвищення силової витривалості оточуючих його м'язів сприяють також рухи, виконувані хворим під час самообслуговування й у побуті, трудотерапія.

У *відновному періоді* головну увагу слід звернути на відновлення сили і витривалості м'язів, що зміцнюють плечовий суглоб, а також м'язів верхньої кінцівки і лопатки. З цією метою, крім спеціальних вправ на блокових апаратах, з гантелями, еспандерами і гумовими бинтами, слід широко використовувати трудотерапію[3,4].

Література

1. Литвин Ю.П., Чабаненко И.П., Пивень Ю.Н., Шевченко М.А., Шевченко Г.А. Применение спиральной компьютерной томографии для диагностики импрессионных переломов головки плечевой кости при травматических вывихах плеча // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – №2. – С.85-87.
2. Литвин Ю.П., Чабаненко И.П., Пивень Ю.Н. Медицинская реабилитация по С.S. Neer после хирургического лечения травматических вывихов плеча // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – №3.– С.88-93.
3. Литвин Ю.П., Чабаненко И.П., Пивень Ю.М. Ультразвукова діагностика імпресійних переломів голівки плечової кістки (пошкодження Hill-Sachs) // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2005. – Випуск №14, Книга 1. – С.107-112.
4. Литвин Ю.П., Чабаненко И.П., Пивень Ю.Н., Ярмилко Н.Г. Особенности диагностики и лечения травматических вывихов плеча у детей и подростков // Травма. – 2005. – Т.6., №3. – С. 336-338.
5. Литвин Ю.П., Чабаненко И.П., Пивень Ю.Н. Повреждение стабилизирующих структур плечевого сустава при травматических вывихах плеча // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2005. – №1. – С.114-121.

Панасюк Олександр Петрович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Серед травм опорно-рухового апарату провідне місце займають пошкодження гомілкового суглоба, частка яких, за даними літератури, становить від 7 до 20% серед загального числа травм та від 40 до 58% серед травм нижньої кінцівки [2]. Основною причиною звернення за медичною допомогою є різноманітні травми сухожильно-зв'язкового апарату гомілковостопного суглоба [2].

Відновлення рухової функції травмованої нижньої кінцівки досить тривалий процес, оскільки включає у себе регенерацію тканини ахіллового сухожилля, нормалізацію нейротрофічних порушень у триголовому м'язі гомілки, а також відновлення мобільності, побутових, побутових і спортивних навичок. На кожному етапі пост оперативного відновлення перед фахівцями стоять завдання, які формують систему фізичної реабілітації пацієнта. Незважаючи на актуальність питання, серед фахівців немає єдиної думки щодо принципів та термінів мобілізації хворих [3].

Науковці відзначають, що проблемам післяопераційної реабілітації спортсменів з розривами ахіллового сухожилля присвячено порівняно небагато робіт [4]. Враховуючи це та той факт, що у спорті скорочення тривалості відновлення та повернення до попереднього рівня рухової активності, тренувань має більшу вагу для спортсмена ніж для пацієнта-неспортсмена, а також результати аналізу спеціальних літературних джерел та досліджень, можна зробити висновок, що тема фізичної реабілітації після оперативного лікування розривів ахіллового сухожилля у аспекті дотримання комплексності, етапності та наступності розглянута недостатньо незалежно від контингенту хворих.

З іншого боку фізичні фактори, раціональний руховий режим і відносяться до головних чинників повноцінного відновлення ахіллового сухожилля та його зміцнення [1].

Найявні знання з анатомії сухожилля та механізмів його регенерації мають провідне значення у хірургії та фізичній реабілітації. Однак необхідно враховувати ряд факторів, що впливають на

цей процес: інтенсивність травми, тип пошкодження, період надання допомоги, стан сухожилля і організму пацієнта до травматичного пошкодження, вік, наявність метаболічних змін в організмі, застосування лікарських препаратів, а також особливості хірургічного лікування та реабілітації – з'єднання кінців сухожилля, стабілізація, навантаження і рух. Результатом може бути відновлення оригінальної тканини сухожилля, формування рубцевої тканини, «надмірна» регенерація або її порушення [1].

Проведення післяопераційного відновлення є важливою складовою досягнення оптимального рівня функціонування суглоба та відновлення рухової функції травмованої кінцівки. Проте дуже важливо враховувати взаємопротилежні вимоги: з одного боку – необхідність захисту та щадіння зшитого сухожилля від перевантажень, а з іншого – можливість мінімізації негативного впливу тривалої іммобілізації на стан м'язів, зв'язок та суглоб [1,4].

Такі конкуруючі ризики повинні бути збалансовані, щоб забезпечити оптимальну клінічну допомогу.

У проаналізованій нами вітчизняній та зарубіжній спеціальній літературі відсутній єдиний підхід до тактики відновлення пацієнтів після оперативного лікування ахіллового сухожилля [2].

У одному із зарубіжних досліджень [3] зазначено, що донедавна спроби оптимізувати післяопераційний процес після хірургічного відновлення сухожилля були достатньо емпіричними, без чітких концептуальних засад, а саме: не визначені чіткі терміни періодів та фаз відновлення, відсутня суворі градація режимів застосування фізичних вправ. Крім того, немає схеми застосування навантаження у різних періодах відновного процесу, термінів проведення етапного контролю. Недавні експериментальні дані щодо застосування сили і екскурсії в якості незалежних змінних допомогли уточнити відповідні ролі цих двох змінних.

Так були встановлені дані про максимальне навантаження, яке витримує сухожилля у процесі регенерації залежно від розміру відстані між фрагментами. Встановлено, що на 42-й день регенерації найменша міцність сухожилля реєструється за умови розміру щілини від 3 мм. Якщо відстань між фрагментами становить від 1 мм до 3 мм, то міцність сухожилля підвищується практично у 3 і 2 рази відповідно, порівняно зі щілиною 3 мм і більше. У зв'язку з цим відзначається, що для загоєння необхідно адекватне хірургічне з'єднання кінців сухожилля і їх стабілізація, мінімальна

травматизація м'яких тканин і створення оптимальних механічних умов для регенерації. Доведено, що рання мобілізація сприяє зниженню формування рубцевої тканини, стимулює реконструкцію тканин регенерату. Однак надмірне навантаження може привести до порушення процесу регенерації [3].

Література

1. Левицкий ФА, Ночевкин ВА, Гончарова ЛД. Биомеханическое и физиологическое обоснование лавсанопластики при застарелых разрывах ахиллова сухожилия. Медицинская биомеханика.2016;1:235-7.
2. Лимаренко ОВ, Лимренко АП, Колесникова НН, Родинова МВ. Реабилитация детей 12-14 лет с последствиями травм голеностопного сустава средствами лечебной физической культуры. Здоровье для всех. 2012;2:47-51.
3. Лукомский ИВ, Сикорская ИС, Улащик ВС. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж. Минск: Выш. шк.; 2008. 430 с.
4. Пастух ВВ.Изменение механических свойств ахиллового сухожилия кроликов после посттравматического восстановления в условиях медикаментозной профилактики спаечного процесса. Экспериментальное исследование. Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. 2014;122(2):220-9.

Перекоп Тарас Анатолійович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Сучасна демографічна ситуація в країні та дані статистичних прогнозів свідчать про збільшення кількості людей похилого та старечого віку в загальній чисельності населення. За даними Державної служби статистики населення України в 2017 році становило 42 414 905 осіб. Із них старші понад 65 років становили 16,2 % населення – 6 867 534 особи (2 298 280 чоловіків і 4 569 254 жінок). В осіб старшої вікової групи остеоартроз (ОА) є одним із найбільш поширених захворювань опорно-рухового апарату (у кожній третій літній людині, досягаючи 70 % серед осіб, старших 65 років) [1,2,6]. В осіб похилого та старечого віку проблема ОА набуває особливого значення в зв'язку з супутніми захворюваннями та інволютивними змінами в організмі, тому поширеність цього захворювання після 60 років збільшується, в порівнянні з частотою його розвитку в людей середнього віку, вдвічі, в зв'язку з чим ріст чисельності літнього населення асоціюється зі збільшенням поширеності цього захворювання. ОА відносять до захворювань з високим рівнем коморбідності, також встановлено, що у пацієнтів із ОА значно вищий розвиток коморбідних станів, ніж у пацієнтів, що на нього не хворіють [1,2,3].

У менеджменті ОА на перший план виступають нефармакологічні методи (фізичні навантаження, фізіотерапевтичні методи, мануальна терапія, масаж, засоби ортопедичної корекції), при недостатній ефективності яких застосовують медикаментозні засоби (Коваленко В. М., 2013). Ізольоване застосування лікарських речовин не забезпечує стійкого результату, тому що не створює умов для полегшення функціонування колінного суглоба.

Перспективною технологією відновлення здоров'я для пацієнтів похилого віку є медична реабілітація, що є розділом відновної медицини, та спрямована на вторинну профілактику захворювання, компенсацію порушених функцій і покращення дієздатності (ВООЗ, 2015). На сьогоднішній день потребує вдосконалення програма реабілітації пацієнтів із первинним гонартрозом (ПГА) у похилому віці, враховуючи часту локалізацію цього процесу, його різноманітні варіанти перебігу, наявність супутніх захворювань та вікові особливості пацієнтів. Тому питання індивідуалізації реабілітаційних впливів, як і об'єктивної оцінки результатів

реабілітації пацієнтів із ОА є актуальною проблемою відновного лікування.

Сучасна реабілітація як комплексна мультидисциплінарна стратегія впливу на організм свідчить про необхідність розгляду пацієнта в рамках складної біопсихосоціальної системи, що взаємодіє з навколишнім середовищем. Така модель покладена в основу широко використовуваної сьогодні в світовій медицині Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ). Прямим наслідком даної моделі є комплексне використання різних засобів реабілітації, що впливають не на окремий орган або систему, а на організм в цілому. Однак на практиці дуже часто реабілітація являє собою просте поєднання методів, кожен із яких здатний відновити окрему функцію або діяльність. Тому саме координоване застосування реабілітаційних технологій, метою яких є відновлення попередньої або навіть нової життєвої активності, бажаної пацієнтом, буде головним пріоритетом [4,5].

Сучасний розвиток фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в Україні характеризується наявністю трьох періодів надання реабілітаційної допомоги: гострий період, підгострий та період довготривалої реабілітації. В гострому періоді реабілітація відбувається лише в умовах стаціонару (стаціонарний етап реабілітації), тоді як в підгострому періоді та в період довготривалої реабілітації проведення реабілітаційних заходів можливе і на амбулаторному і на санаторно-курортному етапах реабілітації.

Сучасна реабілітація як комплексна мультидисциплінарна стратегія впливу на організм засвідчує про необхідність розгляду пацієнта в рамках складної біопсихосоціальної системи, яка взаємодіє з навколишнім середовищем. Така модель покладена в основу широко використовуваної сьогодні в світовій медицині Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [3]. Прямим наслідком даної моделі є комплексне використання різних засобів реабілітації, що впливають не на окремий орган або систему, а на організм в цілому. Протягом останнього десятиріччя у всьому світі почалося активне використання вищевказаної класифікації для побудови реабілітаційного діагнозу. Тоді як на практиці дуже часто реабілітація представляє собою просте поєднання методів, кожен з яких здатний відновити окрему функцію або діяльність. Однак саме координоване застосування цих технологій, метою якого є відновлення попередньої або навіть нової життєвої активності, бажаної пацієнтом, буде головним пріоритетом. Дієвим інструментом реалізації реабілітації може виступити МКФ, в категоріях якої встановлюється реабілітаційний діагноз.

МКФ покликана допомогти уніфікувати встановлення реабілітаційного діагнозу, визначити мету та завдання фізичної терапії, оцінити ефективність реабілітації. Аналізуючи МКФ та дані наукової літератури, можна зробити висновок, що її на сьогодні використовують як базову для побудови реабілітаційного діагнозу в процесі фізичної реабілітації осіб із порушенням опорно-рухового апарату, нервової системи та з психологічними порушеннями [4].

Новим в сучасній реабілітації є мультидисциплінарна команда — організаційно оформлена,

функціонально відокремлена група фахівців, які об'єднані спільними цілями реабілітаційного процесу, проводять реабілітацію високої інтенсивності в закладах охорони здоров'я стаціонарного й амбулаторного типів у гострому, підгострому та довгостроковому реабілітаційних періодах. Формою роботи мультидисциплінарної команди є збори, на яких після обговорення результатів реабілітаційного обстеження, визначається індивідуальна програма реабілітації, розглядаються показники моніторингу й оцінки виконання програми та здійснюється її коригування. Індивідуальна програма реабілітації та зміни до неї затверджуються фахівцем реабілітації, який очолює команду [5].

Література

1. Лесняк О. М. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов / О. М. Лесняк // Справочник врача общей практики. – 2018. – № 11. – С. 21–57.
2. Лікування остеоартрозу: нові можливості комплексної терапії / Л. В. Хімїон, О. Б. Яценко, С. В. Данилюк [та ін.] // Ліки України. – 2015. – № 1. – С. 49–52.
3. Лікування остеоартрозу: пірамідний підхід / М. І. Корпан, І. С. Чекман, О. А. Бур'янов [та ін.] // Літопис травматології та ортопедії. – 2018. – № 1/2. – С. 47–52.
4. Макушин В. Д. Методика индексной оценки гонартроза и эффективности его лечения / В. Д. Макушин, О. К. Чегуров // Гений ортопедии. – 2017. – № 2. – С. 9–13.
5. Мальчевский В. А. Симптоматические препараты замедленного действия в лечении посттравматических остеоартрозов коленных суставов / В. А. Мальчевский, А. Ю. Евенко // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 7. – С. 253–255.
6. Медична реабілітація в санаторних умовах / А. О. Голяченко, В. І. Мартинюк, Т. Г. Бакалюк, В. В. Вахновський // Вісник наукових досліджень. – 2007. – № 4. – С. 8–9.

Попова Марія

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

**Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,
Вінницького соціально-економічного інституту
м. Вінниця, Україна**

Захворювання органів дихання останніми роками, у зв'язку з неблагополучною соціально-економічною обстановкою, зниженням рівня життя, несприятливими екологічними впливами, виходять на перше місце в структурі захворюваності дітей [3]. Серед них одне з перших місць за поширеністю, тяжкістю перебігу та розвитком ускладнень посідає бронхіальна астма. Вона може прогресувати в пубертатному періоді (12–15 років), призводячи до розвитку патологічних змін у різних системах організму (дихальної, серцево-судинної, нервової, травної, імунної), викликає затримку фізичного та статевого розвитку дітей. Останніми роками питанням фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму приділяється велика увага [1, 2, 3].

Завдання реабілітації залежать від індивідуальних особливостей хворих: одним показана лише медична (що включає і фізичну) реабілітація, іншим – медична та професійно-соціальна [1]. Дотримання основних принципів відновного лікування (ранній початок, комплексність, індивідуальний підхід, безперервність, спадкоємність, облік функціонального та загальнофізичного стану пацієнта, його соціального статусу і професійних схильностей), зазвичай, є запорукою позитивних результатів усього процесу реабілітації [4].

Фізична реабілітація – необхідний етап у лікуванні хворих на бронхіальну астму [3]. Річ у тому, що навіть стійке припинення задухи, досягнуте в результаті медикаментозної реабілітації, не є запорукою повного відновлення функції легеневого дихання, міокарду та центральної гемодинаміки. Процеси відновлення функції цих органів і систем, імунологічної реактивності організму йдуть повільно та частенько запізнюються за динамікою клінічних проявів бронхоспазму. Звідси витікає і основна мета фізичної реабілітації – прискорити та досягти якнайповнішого відновлення функцій організму,

підвищити захисні можливості його і сприяти створенню умов для можливості виконання інтенсивніших фізичних навантажень у порівнянні з тими, які були під силу хворому в період розвитку хвороби.

Нині в широких масштабах здійснюється система поетапної спеціалізованої допомоги хворим дітям з бронхіальною астмою [2]. Особливо важливий перший етап реабілітації – стаціонарний, на якому здійснюється лікування захворювання, відновлення структури уражених органів і систем, а також закладається підстава для відновлення їх функцій, профілактики повторного виникнення нападів задухи. Велике місце в системі фізичної реабілітації цього контингенту хворих посідає лікувальна фізична культура, масаж, гартувальні процедури, фізіотерапія, фітотерапія, автотренінг, міорелаксація й інші впливи [3; 4]. Вони дозволяють підвищити працездатність, нормалізувати легеневий газообмін, поліпшити діяльність серцево-судинної системи, ослабити тяжкість захворювання, обмежити об'єм медикаментозної терапії, добитися тривалішої ремісії, підвищити імунітет і реактивність організму.

Арсенал гімнастичних засобів ЛФК, застосованих з метою фізичної реабілітації хворих на БА, дуже широкий. Проте універсальна методика лікувальної гімнастики, придатна для більшості хворих, не може бути розроблена в принципі, тому що БА має не лише різноманітні клініко-патогенетичні прояви та механізми бронхіальної обструкції, але й змінюється в часі як під впливом лікувальних заходів, так і без них.

Основною ланкою комплексної програми фізичної реабілітації була лікувальна гімнастика з використанням дихальних вправ з елементами загального та локального м'язового розслаблення, носової гімнастики, лікувального масажу, фізіотерапії, автогенного тренування та гартувальних процедур.

Загальні завдання, які вирішувалися нами при призначенні засобів ЛФК: адаптація до фізичного навантаження за рахунок збільшення функціональних можливостей кардіореспіраторної системи; усунення патологічних кортико-вісцеральних рефлексів; нормалізація нервово-психічного статусу; підвищення неспецифічної резистентності організму; поліпшення регуляції вегетативної нервової системи; попередження розвитку легневих і позалегневих ускладнень; навчання навичкам поведінки, як у фазі загострення захворювання, так і у фазі ремісії.

Спеціальні завдання: зменшення вираженості або ліквідація бронхообструктивного синдрому за рахунок зняття бронхоспазму або поліпшення дренажної функції бронхів; відновлення оптимальної біомеханіки зовнішнього дихання (належна екскурсія передньої черевної стінки складає 15 % від об'єму талії, належна екскурсія грудної клітки – 10 % від кола грудної клітки); формування та закріплення навичок оптимального патерну (патерн дихання – співвідношення об'ємно-часових параметрів дихального циклу) дихання у спокої та при

фізичному навантаженні; збільшення сили та витривалості основної і допоміжної дихальної мускулатури; навчання прийомам розслаблення, автогенного тренування, формування мотивації до самостійних занять.

Лікувальні завдання, що вирішувалися під час індивідуальних занять ЛГ: відновлення оптимальної біомеханіки зовнішнього дихання; зменшення вираженості бронхообструктивного синдрому; попередження розвитку легеневих і позалегеневих ускладнень; навчання навичкам поведінки в період нападу, прийомам розслаблення, автогенного тренування.

Методика ЛФК при бронхіальній астмі у дітей складалася з наступних елементів:

Розслаблення: а) загальне, яке досягається масажем, загальним розслабленням м'язів, активними маховими рухами; б) місцеве (прагнемо розслабити в основному дихальні м'язи); цього вдається досягти масажем, місцевим розслабленням м'язів, лікуванням положенням, пасивними рухами і струшуванням, активними маховими рухами; в) лікування положенням під час нападу: підшукуємо для хворого астмою зручне положення, яке полегшує дихання під час нападу.

У період між нападами з метою профілактики виникнення нападів БА ми пропонували використовувати наступні прийоми масажу грудної клітки: розтирання спини, розтирання лопаток і рук, розтирання живота та грудей, перехресне розтирання, поплескування, рубляння, биття, розтирання підошов догоряча.

Фізіотерапія полягала в призначенні інгаляцій муколітичних, спазмолітичних і протеолітичних засобів, інгаляцій лужних розчинів і трав, аероіонотерапії. Застосовувалися такі види гартування: прогулянки на свіжому повітрі в полегшеному одязі (залежно від погоди); систематичне обтирання ніг перед сном з температурою +34–36°C з поступовим зниженням її до кімнатної температури; систематичне полоскання рота та зіву холодною водою, краще кип'яченою.

Література

1. Григус І.М. Відновлення функціонального стану хворих на інтермітуючу бронхіальну астму засобами фізичної реабілітації / І.М. Григус // Спортивна наука України. – 2011. – № 2. – С. 98–104.
2. Грушевський О.В. Сучасний російсько–український українсько–російський словник / О.В. Грушевський, Г. М. Коляда. – Донецьк: ТОВ ВКФ «БАО», 2007. – 480 с.
3. Діагностика, клінічна класифікація та лікування бронхіальної астми: методичні рекомендації / Ю. І. Феценко, Л. О. Яшина, А. М. Туманов, М. О. Полянська // Астма та алергія. – 2006. – № 3–4 – С. 9–13.
4. Комбинированная терапия: современный подход к ведению пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой / Л. М. Огородова, О. С. Кобякова, Ф. И. Петровский,

Редько Владислав Володимирович
Здобувач 2 курсу
227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.
Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,
Вінницького соціально-економічного інституту
м. Вінниця, Україна

Серед захворювань опорно-рухового апарату сколіоз займає одне з чільних місць. Беручи до уваги комплексний вплив на організм багато дослідників застосовують термін «сколіотична хвороба». Сколіоз - складна деформація хребта, при якому відбувається бічне викривлення його в плоскість спини і торсіонне обертання хребта навколо своєї осі.

Причини виникнення сколіозу до кінця не вивчені, серед основних - спільна слабкість і нерозвиненість зв'язково-м'язового апарату, яка в період найбільш інтенсивного зростання (6-8 і 10-12 років) у поєднанні з провокуючими діями (неправильно сталі звички, погана постава, незначна природна асиметрія ніг, тазу) приводить до виникнення і розвитку викривлення хребта.

При значних деформаціях виникає ребровий горб, перекошується таз, з'являються клиновидність хребців, сповільнюється розвиток внутрішніх органів.

Лікування сколіозу має складно прогнозований результат, ефективність якого багато в чому залежить від самого хворого[2].

При консервативному лікуванні, як правило, проводяться заходи направлені на розвантаження хребта і виправлення викривлення (щадний режим дня, ортопедичні укладання, корсетотерапія), розвиток м'язів спини і тулуба (спеціальна коригуюча лікувальна фізкультура, плавання), загальнозміцнюючі і тонізуючі процедури (електростимуляція м'язів спини, фізіотерапія, масаж, курси вітамінотерапії, дихальні вправи на суші і воді).

Спеціалісти з фізичного виховання та реабілітації рекомендують використовувати різноманітні засоби для відновлення правильної форми хребетного стовпа. В.В. Мурза наголошує на тому, що для корекції викривлень хребта необхідно регламентовано використовувати локальні асиметричні вправи, які повинні складати 10–12% від загального часу заняття [3]. І.С. Красикова пропонує формувати стереотип правильної постави спочатку в полегшених умовах (лежачи), у подальшому під час ходьби [6]. В.О. Кашуба рекомендує фітбол-гімнастику для корекції форми хребта. Для дітей дошкільного віку використовують

футбольні м'ячі різного діаметру й кольору, які одночасно є і тренажером, і обтяженням [4]. О. Козирева та А.Капустіна пропонують проводити курс ЛФК терміном 1,5–2 місяця для дошкільників із викривленням хребта. Три рази на тиждень діти займаються лікувальною гімнастикою, а один день відвідують дитячий тренажерний зал для розвитку сили основних м'язових груп [2].

Традиційно однією з основних рекомендацій при проблемах з хребтом є тренування мязового корсету. Але перш ніж цілеспрямовано тренувати розтягнуті і ослаблені мязи, необхідно забезпечити їм таку можливість, тобто розслабити і розтягнути вкорочені мязи-антагоністи, укріпити організм і підготувати його до зростаючих навантажень. Перенапружені, спастичні мязи згинають хребет туди, куди не потрібно і протидіють роботі мязів, які повинні тягнути хребет у протилежний бік. На початку курсу тренування широко застосовуються вправи у вихідному положенні лежачи, яке дозволяє зняти напруження з позних мязів. Збільшення гнучкості протипоказано при сколіозі, нестабільності хребта, дегенеративних змінах в його суглобах. Інтенсивні рухи хребта небезпечні при обмеженій рухомості в окремих його ділянках. Суглоби сусідніх з блокованою ділянкою хребців в цьому випадку, як правило, бувають зайве рухомими і рухи будуть відбуватися саме в них і травмувати м'які тканини, прискорюючи розвиток дегенеративних змін у нових ділянках хребта. Початковий, або підготовчий, період займає 1-2 місяці, в залежності від віку дитини, вихідного стану опорно-рухового апарату, інтенсивності тренувань. На перших заняттях необхідно приділити достатньо часу теорії: пояснити дитині, як осанка впливає на здоров'я, що таке правильна осанка, які види її порушення бувають і що необхідно виправити при його індивідуальних особливостях. Дитина повинна зрозуміти, як працюють суглоби, зв'язки і мязи при підтриманні осанки і при виконанні різних вправ. Вправи для вироблення навички правильної осанки являється одним з головних моментів на початку тренування. У подальшому ці вправи будуть необхідні для покращення, закріплення і підтримання рухового стереотипу. Межа між підготовчим і тренувальним періодами умовна. Інтенсивність тренувань, час виконання і число повторення вправ поступово збільшується, вводяться нові вправи по мірі їх засвоєння. Вправи на удосконалення і підтримання навички осанки, на розслаблення і розтягування мязів, загально розвиваючі і дихальні вправи в основному періоді поступово уступають головну роль вправам, які направлені на формування мязового корсету і корекцію індивідуальних порушень. Тривалість тренувального періоду 1,5-2 місяці, в залежності від вираженості порушень.

Література

1. Эффективность программы физической реабилитации у больных после операции коронарного шунтирования / С. С. Гуджаева, Н. П. Кирковская, В. М. Альхимович [и др.] //

Медицинские новости : тез. докл. V съезда кардиологов Республики Беларусь, 5-7 октября 2005 г. – Минск, 2005. – С.86.

2. Эффективность сочетанного применения кинезотерапии и психотерапии в лечении больных / В. Н. Григорьева, А. В. Густов, Л. Е. Корнилова [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103 (12). – С. 20-25.

3. Куделя І., Кривчикова О. Засоби і методи корекції фізичного стану студентів спеціального відділення вищих навчальних закладів // Молода спортивна наука України: Збірник наукових праць в галузі фізичної культури та спорту. – Львів:Українські технології, 2004. – Т. 3. – С. 175-179.

4. Куртин Т. В. Оптимізація фізичної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця з урахуванням індивідуальної толерантності до фізичного навантаження : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.24 "Лікувальна фізкультура та спортивна медицина" / Т. В. Куртин. – Дніпропетровськ, 2008. – 20 с.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВАРИКОЗНОМУ РОЗШИРЕННІ ВЕН

Стадник Сергій Володимирович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Варикозне розширення вен – захворювання, яке характеризується зміною форми, будови й функції венозної системи, порушенням венозного кровотоку, прогресуючим протіканням і ускладненнями. Патологія вен має глобальний характер: за різними джерелами 25–50% дорослого населення страждає хронічною венозною недостатністю. У 75% європейців віком 30–70 років діагностують телеангіоектазії та ретикулярні вени, у 25–50 % – варикозні вени, у 10–15 % – важкий варикоз, у 1 % – венозні виразки.

Поширеність хвороби переважно серед самої працездатної частини населення, значні трудові й матеріальні витрати, пов'язані з лікуванням і частою інвалідністю хворих, указує на соціальну значущість цієї проблеми, яка вимагає невідкладного вирішення. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок – професійна хвороба вчителів, хірургів, верстатників – усіх, хто тривалий час змушений перебувати у вертикальному статичному положенні.

І в нашій країні, і за кордоном з'ясуванням причин і механізмів розвитку варикозного розширення вен, удосконаленню методів діагностики, лікування, профілактики й т. д. займаються центри судинної хірургії та спеціалізовані флебологічні відділення. Останніми десятиріччями у визначення методів профілактики та лікування варикозного розширення вен підключилися й спеціальні реабілітаційні центри спортивної медицини, оскільки це захворювання часто відзначається у видах спорту, де широко застосовуються великі статичні навантаження, зокрема в жіночих видах спорту (важка атлетика, культуризм, армрестлінг й ін.) [2; 4].

Прогноз при варикозному розширенні вен сприятливий для життя. Проте втрата або обмеження працездатності в стадії декомпенсації відзначається у 20–50% хворих. Розвитку захворювання сприяють плоскостопість, ожиріння, неправильне харчування. Поштовхом до цього захворювання є сильне навантаження на ноги, зокрема в людей, які страждають

надмірною вагою. Сприяють розвитку варикозу й слабкі стінки венозних судин як свідчення того, що мускулатура ніг слабка [2].

Роль лікувальної фізичної культури в лікуванні, зокрема в профілактиці виникнення варикозного розширення вен загальноновизнана. Проте методика застосування лікувальної гімнастики й інших форм лікувальної фізичної культури все ще розроблена недостатньо. Багато питань є суперечливими й нез'ясованими в тактиці застосування відновних засобів після великих фізичних навантажень у видах спорту, специфіка яких може сприяти виникненню варикозного розширення вен [5].

Первинне варикозне розширення вен – поліетіологічне захворювання. Причинами його вважають слабкість м'язово-еластичних волокон стінок поверхневих вен і вроджену неповноцінність їх клапанного апарату, що передається за спадковістю, токсикоз – інфекційні чинники, ураження нервового апарату вен, що послаблює дію гормонів на мускулатуру венозної стінки в період вагітності [1; 3; 4].

Перераховані чинники безпосередньо не спричиняють розширення вен, а лише призводять до анатомічної та функціональної неповноцінності поверхневої венозної системи, нижніх кінцівок.

Розширення просвіту вен відбувається під впливом підвищення внутрішньо-судинного тиску. Якщо нормальна вена реагує на гіпертензію посиленням свого тону, то за вродженої або набутої слабкості м'язово-еластичних утворень венозної стінки у відповідь на збільшення внутрішньо-судинного тиску розвивається незворотне збільшення просвіту вени. До постійної або періодичної гіпертензії в поверхневих венах нижніх кінцівок призводять утруднення відтоку крові, скидання крові з глибокої венозної системи в поверхневу, скидання крові з артеріальної системи у венозну по артеріовенозних анастомозах (артеріовенулярним шунтам).

У вертикальному положенні людини стінки вен нижніх кінцівок випробовують великий тиск зсередини. Дія цього чинника посилюється тривалими статичними навантаженнями на нижні кінцівки, підвищенням внутрішньочеревного тиску, пов'язаного з підняттям важкості, кашлем, вагітністю [1].

До утруднення відтоку крові призводять також екстравазальні звуження магістральних вен. У вказаних ситуаціях виникає гіпертензія і в поверхневих, і в глибоких венах [3; 4].

Патологічне скидання крові з глибоких у поверхневі вени відіграє важливу роль у розвитку варикозного розширення вен [1; 4].

При порушенні периферичного венозного кровотоку в арсеналі лікувальних заходів особливе місце відводиться лікувальній фізичній культурі. Методи ЛФК більш ефективні в початкових стадіях захворювання й особливо ефективні для осіб, котрі мають схильність до захворювання генетично або у зв'язку з професійною діяльністю [3; 5].

Література

1. Паламарчук В. І. Вивчення склерозуючої дії пінної форми полідоканолу в експерименті *in vivo* / В. І. Паламарчук, Ю. І. Бондаренко, Ю. П. Тітова, І. В. Іркін, В. І. Заріцька // Клінічна хірургія. – 2014. – № 8. – С. 73–76.
2. Практикум по лечению варикозной болезни / [Г. Д. Константинова, П. К. Воскресенский, О. В. Гордина и др.] ; под ред. Г. Д. Константиновой. – Москва: Профиль. – 2009. – 191 с.
3. Сабадош Р. В. «За» і «Проти» щодо різних доступів до сафено-стегнового з'єднання / Р. В. Сабадош, В. А. Сабадош // Клінічна Флебологія. –Щенєв С. В. Эндовенальная лазерная коагуляция при лечении больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей / С. В. Щенєв, А. А. Ларионов, А. И. Чернооков, М. В. Ларионова и др. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2011. – № 2. – С. 76–79.
4. Юрець С. С. Досвід використання ендовенальної лазерної коагуляції в комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок / С. С. Юрець, С. М. Леванчук, В. Б. Мельник, В. В. Шапринський // Фотобіологія та фотомедицина. – 2009. – Т. 6, № 1. – С. 14–16.
5. Ярич А. Н. Недостаточность перфорантных вен при варикозной болезни: патогенетическое значение и методы коррекции / А. Н. Ярич, А. Ю. Брюшков, А. В. Каралкин, И. А. Золотухин и др. // Флебология. – 2010. – № 4. – С. 29–36.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

Чута Іван Олегович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Біль в спині є актуальною проблемою сучасної клінічної медицини. Відчуття болю є результатом реципрокних взаємин між ноцицептивною та антиноцицептивною системами. Ноцицептивна система являє собою безперервний ланцюг, що складається з ноцирецепторів, афферентних провідників, лемніскових та екстралемічних шляхів, ядерних ретикулярних утворень, сенсорних областей кори. Антиноцицептивна система представляє собою систему контролю болів на рівні сегментного апарату спинного мозку, що висхідних ретикуло-спинальних шляхів, що починаються на різних рівнях стовбура мозку, гіпоталамо-спинальної системи гальмування болі, таламічної антиноцицептивної системи, соматосенсорної області кори [1].

По механізму виникнення болі розрізняють: ноцицептивну - локальну, відображену (проекційна, рефлекторна); невропатичну – корінцеву (радикулопатію) і некорінцеву; психогенну (психалгія). Порушення в спині може розвиватися за будь-яким з представлених механізмів або при їх поєднанні [2].

Ноцицептивний біль - це системна відповідь на безпосереднє роздратування больових рецепторів (ноцицепторів), розташованих в різних структурах скелетно-м'язової системи (судинні капсули міжзвучкових судин, в сухожилках і зв'язках, околопозвоночних м'ясах). Вся ноцицептивна імпульсія, незалежно від джерела, поступає через задні корешки в нейрони задніх рогів спинного мозку, а потім по ноцицептивним шляхам досягає центральної нервової системи. Вмєсте з цим болеві імпульси активізують альфа- та гамма-мотонейрони передніх рогів спинного мозку. Активація передніх мотонейронів призводить до спазму м'язів, іннервіруемых даним сегментом спинного мозку. При м'язовій спазмі відбувається стимуляція ноцицепторів самого м'язи. Ряд авторів припускають, що в спазмірованих м'язі розвивається локальна ішемія, що активізує активацію ноцицепторів м'язового волокна [3]. Наявність джерел ноцицепції супроводжується рефлекторною відповіддю, у вигляді м'язового спазму, що

спрямований на захист пошкоджених структур. Спазмований м'яз стає джерелом додаткової ноцицептивної імпульсації, яка поступає в клітки задніх рогів відповідної сегмента спинного мозку. Посилений потік больової імпульсації відповідно збільшує активність мотонейронів передніх рогів, що призводить до ще більшого спазму м'язів. Рефлекторна напруга м'язів на початку даного процесу має захисний характер, оскільки сприяє іммобілізації пораненого сегмента, проте в подальшому стає фактором, що підтримує біль. Важливо відзначити, що активність даних антиноцицептивних систем, що змінює функціональний стан сегментарних структур, протидіє притоку больової імпульсації на нейрони задніх рогів, в результаті блокуюча центральна ноцицептивна імпульсація та активація передніх мотонейронів.

Невропатична біль виникає при ураженні нервової системи і полягає в збудженні або придушенні спинномозкових нервів, пошкодження центральних і надсегментарних структур (центральна невропатична біль). Майже завжди іррадіація болю відбувається з області спини в кінцівки [1].

Нерідко біль в спині носить психогенний характер. Емоційний стрес завжди супроводжується тривогою і м'язовою напругою, і після припинення дії емоційних стресових рухів м'язи часто залишаються в спазмованому стані. Стрес супроводжується емоційно-афектними розладами, що веде за собою зміну моторного стереотипу з вичерпаним напруженням ряду м'язових груп; в результаті чого відзначаються болі від напружених м'язів, відбувається посилення стресу, яка у свою чергу підтримує м'язовий гіпертонус. Таким чином, формується замкнуте коло.

Фізична реабілітація в щадному режимі передбачала міорелаксацію, зниження больових відчуттів та попередню підготовку м'язово-зв'язкового апарату до фізичного навантаження. Для зменшення патологічної больової імпульсації, вирівнювання тону та релаксації спазмованих м'язів застосовувалися дихальні вправи, загальнорозвивальні, вправи на розтягування та довільне розслаблення м'язів, лікувальний масаж за седативною методикою, ортезування та фізіотерапія, яка включала деактивацію тригерних пунктів за допомогою ударно-хвильової терапії, лазеротерапії та електрофорезу з 0.5% лідокаїну.

Седативний масаж проводили для психорелаксації в ділянці комірцевої зони за заспокійливою методикою в положенні пацієнта сидячи. Масаж не передбачав різкі рухи і прийоми переривчастої вібрації. Тривалість процедури становила 5–7 хв.

Щадно-тренуючий режим передбачав міокорекцію і був спрямований на інактивізацію міофасціальних тригерних пунктів і створення оптимального рухового стереотипу. Завданнями цього етапу були відновлення нормального крово- і лімфообігу в ділянці патологічного вогнища, стимуляція регенеративно-репаративних процесів, усунення патобіомеханічних змін хребта і зміцнення м'язів. Засобами фізичної реабілітації на зазначеному етапі були фізичні вправи різного спрямування (загальнорозвивальні, на релаксацію, ізометричні, ізотонічні,

коригувальні), лікувальний масаж, вправи постізометричної релаксації (ПР), ішемічна компресія з точковим масажем МФТП, фізіотерапія.

Тренуючий режим (міотонізація) стосувався закріплення нових стато-кінематичних установок. Завданнями цього етапу було – подальше зміцнення уражених м'язів для стабілізації хребта й відновлення оптимального динамічного стереотипу. До засобів фізичної реабілітації додавалися спеціальні фізичні вправи з дозованим опором і обтяженнями, з гімнастичними предметами, коригувальні вправи, вправи на Fitt-ball.

Окрім проведення фізичної реабілітації в лікарні, пацієнтам рекомендували виконувати спеціальний комплекс вправ під час самостійних занять удома чи на робочому місці, що доповнювало основні процедури та сприяло закріпленню їхнього ефекту.

Література

- 1) Сквознова Т.М. Биомеханические исследования позвоночника // ЛФК и массаж. Лечебная физкультура и массаж. – 2006. – № 9. – С. 44-50.
- 2) Сквознова Т.М. Биомеханическая характеристика нарушений осанки. Кифоз и лордоз // ЛФК и массаж. Лечебная физкультура и массаж. – 2006. - № 11. – С. 51- 55.
- 3) Хабиров Р. А., Ахмеров Р. М., Волкова Э. Р. Миофасциальные болевые синдромы при заболеваниях суставов и их коррекция миорелаксантами // Науч.-практ. ревматол. конф. – 2000. - №4: Тезисы Всероссийской конференции с международным участием «Медико-социальные проблемы костно-мышечных заболеваний в XXI веке». – С. 105.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА

Яковишен Руслан Олександрович

Здобувач 2 курсу

227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Вінницького соціально-економічного інституту

Науковий керівник: Куц О.О.

Кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри соціальних технологій,

Вінницького соціально-економічного інституту

м. Вінниця, Україна

Захворювання периферичної нервової системи в Україні за поширеністю посідають друге місце серед хвороб нервової системи (після цереброваскулярної патології).

Ураження хребта, що викликають вертеброгенні захворювання нервової системи, можна умовно поділити на п'ять великих груп. До першої групи належать аномалії хребта (синостоз, перехідний хребець, платибазія, шийне ребро, конкресценція тіл хребців, клиноподібний та метеликоподібний хребець, незрощення дужок хребців, порушення тропізму суглобових відростків й ін.). До другої групи належать дистрофічні та метаболічні ураження хребта (остеохондроз, міжхребцевий артроз, спондилодистрофія тощо); до третьої — травматичні ураження; четверту групу складають онкологічні захворювання (первинні, вторинні) і п'яту — запальні та паразитарні ураження хребта (хвороба Бехтерева, туберкульозний спондиліт, бруцельозний спондиліт, шистоматоз тощо). За даними різних авторів, остеохондроз є найбільш частою причиною патології хребта, що викликає різного роду ураження нервової системи, і як результат має негативний вплив на нейропсихологічний профіль людей з даною патологією [1, 3, 6].

Серед безпосередніх причин вертеброгенного болю, викликаного дегенеративно-дистрофічними змінами хребта, найчастіше зустрічаються наступні стани.

Вважається, що здебільшого причиною виникнення вертеброгенного больового синдрому є остео-хондроз хребта, який є проявом дегенеративного ураження міжхребцевого диску з залученням тіл хребців, міжхребцевих суглобів, в подальшому – тіл суміжних хребців, зв'язкового і м'язевого апарату.

Остеохондроз хребта є системним мультифакторним процесом, в розвитку якого грають травматичний, віковий, дисгемічний, гормонально-ендокринний, імунологічний, спадковий і деякі інші чинники.

На певних етапах функціонування системи один із структурних компонентів активі-зується та підпорядковує собі дію решти компонентів. Взаємодія структурних компонентів проявляється через функціональні, які визначають на основі функціонального опису.

Інформаційним (інформаційно-логічним або кібернетичним) називають опис інформа-ційних зв'язків системи із зовнішнім середовищем (або метасистемою) і підсистем системи [2].

Обстеження пацієнта з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату умовно складається із спостереження, суб'єктивного та об'єктивного оцінювання [1, 4].

Спостереження необхідно здійснювати впродовж первинного обстеження та усього курсу реабілітації. Фізичний реабілітолог візуально оцінює поставу та рухи пацієнта. Розрізняють формальне (коли пацієнт знає) та неформальне (коли пацієнт не знає) спостереження.

Роль пацієнта полягає у тому, щоб під час формального спостереження не приховувати та не симулювати симптоми, діяти невимушено.

Суб'єктивне оцінювання, або опитування, має за мету виявити основну скаргу пацієнта та її зв'язок з фізичними навантаженнями, динаміку симптомів, попередній руховий статус. Також важливо з'ясувати думку пацієнта про ефективність попередніх реабілітаційних заходів, якщо такі були. Для збору необхідної інформації застосовують відкриті та закриті запитання. Результатом опитування повинен стати план подальшого обстеження – об'єктивного оцінювання. Неточна або неправильна інформація, яку надав пацієнт, спричинить помилкові висновки фахівця з фізичної реабілітації.

Завершальна частина обстеження – об'єктивне оцінювання – полягає в послідовному виконанні окремих тестів та вимірювань. Пацієнт приймає певні положення та виконує рухи на вимогу реабілітолога. Вісь та площина руху, амплітуду, швидкість, кількість повторень визначає фахівець. У такий спосіб пацієнт надає можливість реабілітологів оцінити відповідність заданого руху нормі. Під час виконання тестів пацієнт повинен чітко інформувати про наявність та динаміку симптомів.

Планування, або створення програми фізичної реабілітації, виконує фізичний реабілітолог за участю пацієнта. Найвідповідальнішою частиною їх взаємодії є формулювання індивідуальної мети фізичної реабілітації, яка повинна бути декомпонована в завдання. Індивідуальну мету доцільно описати доконаним видом дієслова і максимально чітко: відновити професійну діяльність, повернутися до занять конкретним видом спорту на заданому рівні, досягнути визначеного рівня незалежності (якщо повне відновлення неможливе) [1].

Постановка завдань може відбуватися у SMART форматі з урахуванням специфіки реабілітаційного процесу при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату [3]. Відповідно до мети та завдань фізичний реабілітолог добирає реабілітаційні технології [2]. Усі складники програми повинні бути узгодженими з пацієнтом, що сприятиме його свідомій та активній участі в реабілітаційному процесі.

Література

1. Героева И. Б. Вертеброгенный болевой синдром / И. Б. Героева // Медицинская реабилитация / под ред. В. А. Епифанова. - М., 2006. - С. 191 -200
2. Герцик А. М. К вопросу построения реабилитационного процесса и контроля за его эффективностью /А. М. Герцик // Физическое воспитание студентов творческих специальностей : сб. науч. тр. / под ред. Ермакова С. С. -Х., 2 0 0 7 , - № 5 . - С . 55 - 6 2 .
3. Двухэтапная реабилитация больных после оперативного лечения гриж межпозвонковых дисков на поясничном уровне / Гершбург М. И., Ходневич А. А., Хованцева Е. А., Саенко Л. Д. // Актуальные вопросы медицинской нейрореабилитации : тез. докл. III науч.-практ. конф., посвящ. 30-летию ГБ № 10. - М., 1996. - С. 94 - 95.
4. Петров К. Б. Принципы лечебной гимнастики при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника / К. Б. Петров // Муниципальное здравоохранение в переходный период (проблемы, достижения, перспективы): материалы юбилейной науч.-практ. конф., посвящ. 70-летию юбилею. - Новокузнецк, 2000. - С. 199 - 204.