

naukam.triada.in.ua

НАУКОВЕ МИСЛЕННЯ

Громадське об'єднання «ВЕКТОР ПОШУКУ»

ЗБІРНИК СТАТЕЙ
учасників сорок восьмої всеукраїнської
практично-пізнавальної конференції

"НАУКОВА ДУМКА СУЧАСНОСТІ І МАЙБУТНЬОГО"



Дніпро, 2022

ЗМІСТ

Галузь: «Психологія»

Костю С.Й., Максимович М.М. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СІМ'Ї НА ФОРМУВАННЯ ДИТЯЧОГО СВІТОГЛЯДУ	3
---	----------

Галузь: «Дошкільна освіта»

Кравчук О.А. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ОСНОВ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	9
---	----------

Галузь: «Педагогіка»

Тушинська О.О. МЕТОДИКА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ РОЗПОВІДІ ЗА СЕРІЄЮ СЮЖЕТНИХ КАРТИН	15
Федоровська О.О. ВИКОРИСТАННЯ РЕСУРСІВ ДЛЯ ОНЛАЙН-ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ	19

Галузь: «Медицина»

Вечірко Л.С. НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНА ДИСТОНІЯ У ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА	22
Колісниченко Л. ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ РЕАКТИВНОМУ АРТРИТІ .	27
Колісниченко Л. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ	30

Галузь: «Технічні науки»

Василенко О.В., Чеканова В.С. ТРАНСФОРМАЦІЯ САНИТАРНИХ НОРМ І ПРАВИЛ ЗАКЛАДІВ РЕСТОРАННОГО ГОСПОДАРСТВА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ В УКРАЇНІ	33
---	-----------

Галузь: «Інформаційні технології»

Глюзницька В., Науменко Л. ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ DISCORD ПРИ ВИВЧЕННІ ЕКОНОМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У ВСП ХОРОЛЬСЬКОМУ АГРОПРОМИСЛОВОМУ ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ ПДАУ	38
--	-----------

Галузь: «Охорона здоров'я»

Бабій І., Куц О.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ТРАВМ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ	43
Бондар Л., Куц О.О. ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЯ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА	46
Корнійчук К., Куц О.О., Романенко О.І. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІНСУЛЬТАХ	50
Мельничук О.В., Куц О.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ	53
Москалюк С., Куц О.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗАХ	57
Панасюк Віталій, Куц О.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ	60
Панасюк Владислав, Куц О.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДИСПЛАЗІЯХ	63
Ходацька К., Куц О.О., Романенко О.І. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ СКОЛІОЗІ	66
Шевчук Д., Куц О.О. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ХВОРОБАХ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ...	70

Галузь: «Готельно-ресторанний сервіс»

Несміх О.О. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОГО ГОТЕЛЬНОГО БІЗНЕСУ ...	73
---	-----------

Галузь: «Психологія»

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СІМ'Ї НА ФОРМУВАННЯ ДИТЯЧОГО СВІТОГЛЯДУ

Костю Світлана Йосипівна

Кандидат психологічних наук, доцент

Доцент кафедри психології

Мукачівського державного університету

Україна

Максимович Мирослава Михайлівна

Магістр психології

Мукачівського державного університету

Україна

***Анотація:** Протягом всього існування людства сімейне виховання завжди займало центральне місце в соціалізації дитини, її адаптації до зовнішнього світу. Саме з сім'ї дитина дізнається про елементарні закономірності існування, за допомогою сімейного виховання у неї складається уявлення про взаємини між людьми і про своє місце в цьому світі. Безліч письменників, філософів і мислителів зверталися в своїх творах до проблеми сім'ї як самої живої, найважливішої проблеми суспільства, від вирішення якої залежить дуже і дуже багато. У зв'язку з цим дійсно важливим і актуальним є питання про формування світогляду дитини як особливої системи уявлення про навколишній світ на певному етапі її розвитку. Тому необхідно розглянути особливості формування світогляду дитини в молодшому шкільному віці і визначити вплив на формування світогляду сім'ї як основного оточення дитини, яке виступає багато в чому еталоном її поведінки і базою для формування особистих ціннісних настанов.*

***Ключові слова:** сімейне виховання; сім'я; формування; світогляд; молодший школяр; особистість.*

***Зміст наукової роботи.** Традиційно сім'я розглядається, як осередок суспільства, яка закладає фундамент суспільній системі, і надає основний вплив, як на розвиток дитини, так і змінює світогляд, ціннісні установки, орієнтири дорослих. Слід зазначити, що найбільше значення сім'я надає все-таки на розвитку дитини, її світоглядним позиціям. Однак, для з'ясування ролі сім'ї у формуванні світогляду дитини, слід усвідомити і саме поняття сім'ї з точки зору її функцій виховання дітей.*

Сім'ю можна розглядати як соціальний інститут, що виконує функції репродукції суспільства і забезпечення психосоціального розвитку протягом усього життя. Здійснення цих функцій відбувається за рахунок передачі соціальних цінностей і норм, а також за рахунок забезпечення розвитку наступного покоління. Таким чином, можна зробити висновок, що сім'я виконує дві основні функції: соціального контролю і сприяння індивідуальному розвитку. Члени сім'ї виконують взаємні зобов'язання і приймають певні обмеження заради надання підтримки один одному. Сімейна підтримка, в свою чергу, сприяє розвитку дитини, і закладає базу для її подальшого світосприйняття [1, 2].

Слід зазначити і той факт, що те, що дитина в дитячі роки набуває в сім'ї, вона зберігає протягом усього подальшого життя [2]. Важливість сім'ї як інституту виховання обумовлена тим, що в ній дитина знаходиться протягом значної частини свого життя, і по тривалості свого впливу на особистість жоден з інститутів виховання не може зрівнятися з сім'єю. У ній закладаються основи особистості дитини, і до вступу в школу вона вже більш ніж наполовину сформувалася як особистість.

Р.С. Немов пише про те, що особливості формування світогляду дитини визначаються безліччю факторів, які й визначають світоглядні особливості дитини. Відомо, що дитина, з'являючись на світ, наділена лише самими елементарними механізмами для підтримки життя. За фізичною будовою, організації нервової системи, за типами діяльності і способами її регуляції людина – найбільш досконала істота в природі. Однак станом на момент народження в еволюційному ряду помітно падіння досконалості – у дитини відсутні будь-які готові форми поведінки і світоглядні позиції. Дослідники виділяють різні вікові критерії формування у дитини перших основ світогляду, і неоднозначність таких підходів пов'язана і з тим, з якої позиції розглядати даний аспект.

Формування світогляду у дитини молодшого шкільного віку визначається і такими факторами, як зовнішнє оточення дитини через призму якого і сприймається нею навколишній світ. Погляди її батьків, їх світогляд – все це складає картину уявлень про навколишній світ, і потім свідомості дитини вже важко перелаштуватися на інший образ. Тому головною особливістю формування світоглядних початків у дитини даного віку є наслідування, і опосередковане сприйняття дійсності.

В рамках нашого дослідження були вивчені особливості взаємин між батьками та дітьми, стиль виховання в сім'ях, а також виявлено особливості світогляду дітей. Респондентами виступили 30 другокласників та їх батьки. Слід зазначити, що з 30 досліджених сімей 20% було неповних (батьки в розлученні), а в 5% батьки перебувають на межі розлучення і не живуть разом (рис. 1). 75% з досліджених – повні сім'ї, у вихованні беруть участь обоє з батьків.

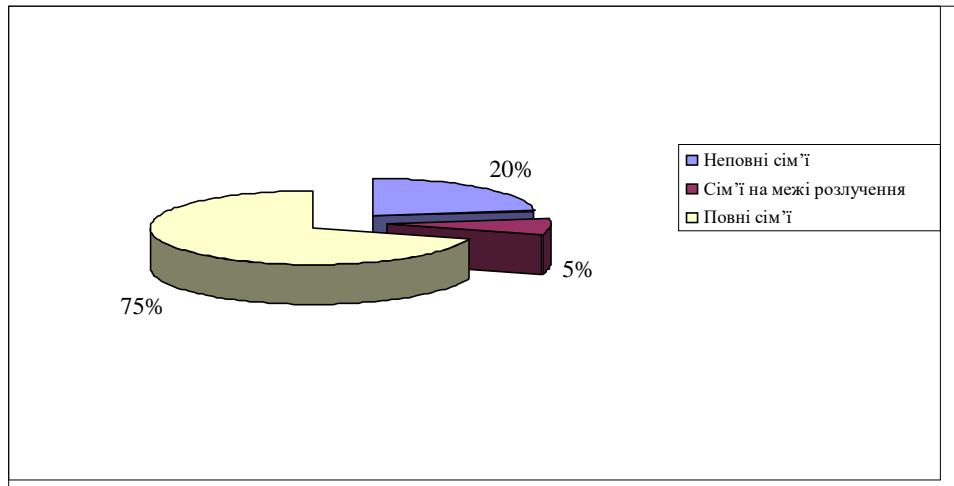


Рис.1. Склад досліджених сімей

У 30% вивчених сімей виховується тільки по одній дитині, 10 % сімей є багатодітними (в них виховується по 3 дитини), в інших сім'ях (60%) ростуть по двоє дітей (рис. 2.).

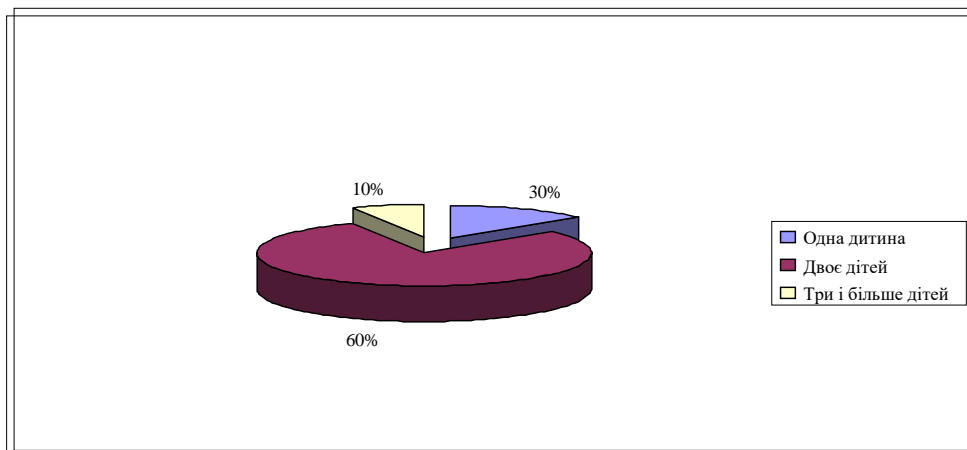


Рис. 2. Кількість дітей, які виховуються в досліджених сім'ях

На основі багатовимірного опитувальника «Вимірювання батьківських установок і реакцій» (PARY) Е. Шеффера ми отримали три фактори, що характеризують особливості сімейного життя і виховання дітей респондентів. У кожній родині на запитання відповідав один з батьків, в більшій мірі відповідає за виховання дітей і проводить з дітьми більше часу.

Результати зведені в таблицю 1 і представлені на рисунку 3 у вигляді графіків.

Особливості сімейного життя і виховання дітей в досліджених сім'ях

Фактор	Негативний полюс на шкалі	Середнє значення	Позитивний полюс на шкалі
1. Відсутність батьківського піклування - гіперопіка	47%	34%	20%
2. Відсутність демократичності в стосунках з дитиною - демократичність	17%	54%	30%
3. Диктат у вихованні - відмова від авторитарності	44%	34%	24%

Як видно з отриманих даних, тільки 30% опитаних сімей практикують у відносинах з дітьми демократичність, 24% відмовляються від авторитарності, 34% сімей знаходять компроміс між гіперопікою і відсутністю опіки. У той же час в 47% сімей діти відчують відсутність опіки з боку батьків, в 44% сімей батьки відмовляються від демократичності в стосунках з молодшими школярами, ще в 17% сімей прийнятий диктат у взаєминах з дітьми, що є явно негативними тенденціями.

Далі нами було вивчено думку дітей про взаємини в їх сім'ях. Паралельно велось спостереження за поведінкою досліджуваних другокласників як на уроках, так і в позаурочний час, як у відносинах з дорослими, так і з однолітками.

У результаті ми встановили, що діти, щодо яких в родині проявляється гіперопіка, не виявляють в повсякденному житті самостійності ні в вираженні своєї думки, ні в поведінці (таких дітей 20% з обстежених). Від них часто можна почути посилення на те, що «так мама сказала» і т.п. При цьому вони часто виявляють егоїзм і вимагають особливого ставлення до себе, проявляють себе споживачами. При цьому тільки 7% дітей з таких сімей відчують гіперопіку з боку батьків, інші сприймають таке ставлення як органічно нормальне.

Дослідивши вплив стилю виховання в сім'ї на особистість дитини, ми прийшли до висновку, що відносини між батьками впливають на формування ставлення дитини до оточуючих. Таке ставлення може бути двояким і виражатися в позитивній або негативній оцінці дитиною взаємин між людьми. При хороших взаєминах між батьками, дитина думає, що в світі всі один до одного так ставляться, і це норма.

Як показало дослідження, діти з неповних сімей та сімей, в яких відносини між батьками «натягнуті», недобррозичливі, в більшості своїй в бесіді про роль сім'ї висловлюють думку, що коли вони виростуть, вони хочуть жити одні, тому що тоді «можна робити, що забажаш», «ніхто не буде лаятися». Такі і подібні відповіді дали 70% дітей з конфліктних і неповних сімей.

Діти з благополучних сімей частіше висловлюються про важливість сім'ї в їх житті і суспільстві в цілому, із задоволенням розповідають про сімейні цінності і традиції, прийнятих в їхньому домі.

З метою підтвердження або спростування достовірності отриманих висновків, на першому етапі, ми скористалися малюнковою методикою «Моя сім'я». Це дало можливість визначити емоційний стан дітей в сім'ях. Аналіз малюнків дозволяє зробити ряд важливих висновків.

Нами було виявлено, що сильно впливає склад сім'ї та, відповідно, стиль виховання, який використовується матір'ю, так як в проаналізованих сім'ях вихованням переважно займається мати. Вплив сім'ї очевидно і значно визначає світогляд дитини та її оцінку себе і оточуючих. Аналіз малюнків і творів дитячої творчості дитини дозволяє відзначити її пріоритети і установки.

З аналізу даних малюнків також буває видно, що дитина живе в досить благополучній родині. Про це говорить зображена їм домашня обстановка. З малюнків видно, що вдома у дитини умови проживання досить сприятливі і мають розширений набір речей, про що свідчить зображення картин, квітів. Це говорить про те, що дитина сприймає свою домашню обстановку позитивно і задоволена нею.

Аналіз зображення членів сім'ї дозволяє говорити про позитивний психологічний клімат в родині, якщо всі посміхаються і всі члени сім'ї розташовані на одному рівні, що говорить про згуртованість сім'ї та можливу відсутність конфліктів.

Далі нами були досліджені ціннісні орієнтації на основі методики М. Рокича, заснованої на прямому ранжуванні списку цінностей.

Отримані результати показали, що в списку термінальних цінностей 70% батьків на перше місце ставлять матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів). На другому місці виявляється здоров'я (фізичне і психічне) – 60% батьків зазначили дану цінність як важливу для себе. Для 54% батьків важливою цінністю в житті є активне діяльнісне життя (повнота та емоційна насиченість життя).

У списку інструментальних цінностей найбільш значущою для батьків є незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче), цю цінність поставили на перше місце 54% опитаних батьків, 50% виділяють для себе раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення), 47 % батьків вважають важливою акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах.

Отже, результати експерименту проведеного у рамках цього дослідження показали, що тільки 30% опитаних сімей практикують у відносинах з дітьми демократичність, 34% сімей знаходять компроміс між гіперопікою і відсутністю опіки. У той же час в 47% сімей діти відчують відсутність опіки з боку батьків, в 44% сімей батьки відмовляються від

демократичності в стосунках з молодшими школярами, ще в 17% сімей прийнятий диктат у взаєминах з дітьми, що є явно негативними тенденціями.

Нами виявлено, що важливим фактором впливу на формування світогляду дитини молодшого шкільного віку є обраний стиль виховання. Використовувана батьками система виховання, відображена в заходах і підходах, які використовують батьки, має великий вплив на дитину, при цьому істотне значення має жорсткість виховання, увага, яку приділяють дитині.

Доведено, що відносини між батьками впливають на формування ставлення дитини до оточуючих. Таке ставлення може бути двояким і виражатися в позитивній або негативній оцінці дитиною взаємин.

Література:

1. *Копельчук Л.С. Соціалізація особистості як діалектичний процес взаємодії індивіда і суспільства. Проблеми педагогічних технологій: Збірник наукових праць. Випуск 1. Луцьк, 2002. С. 34-41.*
2. *Фесюк В.В. Світогляд як фактор самовизначення особистості. Збірник наукових та науково-методичних праць за матеріалами науково-практичної конференції: Формування особистості, здатної до життєтворчості. Луцьк, 2002. С. 50-53.*

Галузь: «Дошкільна освіта»

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ОСНОВ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кравчук Олена Анатоліївна
Житомирський державний університет імені Івана Франка,
м. Житомир

Анотація: в статті проаналізовано завдання, які стоять перед вихователем в напрямі формування у дітей дошкільного віку основ безпеки життєдіяльності у довкіллі у відповідності з Базовим компонентом дошкільної освіти, розкрито послідовність роботи в цьому аспекті від молодшого до старшого дошкільного віку, розглянуто основні постулати забезпечення їх безпечної поведінки, види небезпек, які можуть чатувати на дитину.

Ключові слова: безпека життєдіяльності, здоров'язберезувальна компетентність, формування безпечної поведінки, види небезпек, діти дошкільного віку.

Для того, щоб дитина опанувала початковими знаннями про себе, про природний і соціальний світ, в якому живе, щоб могла приймати власні правильні рішення з опорою на свої знання і вміння в різних видах діяльності, в ЗДО здійснюється системна цілеспрямована робота з формування навичок безпечної поведінки у довкіллі. З перших років життя допитливість дитини, її активність з метою пізнання навколишнього, звісно, заохочується дорослим, але часом стає і небезпечною для малюка. Різні дослідники (наприклад, П. Ліч, П.Статмен) відзначають перевагу дошкільного віку в навчанні персональної безпеки. Адже діти цього віку люблять правила і цілком дотримуються їх. Навіть коли правила кимось забуваються, не виконуються, ігноруються, то малюки миттєво реагують на це. Таким чином, прагнення дитини до логічності, обов'язковості дотримання визначених вимог стає союзником дорослого в навчанні вихованців правилам безпеки. Головним завданням формування основ безпечної поведінки в навколишньому довкіллі є стимулювання розвитку у дітей самостійності і відповідальності, оскільки безпека – це не просто сума засвоєних знань, а стиль життя, правильна реакція на різні стимули, здоров'я- і життєзберезувальна поведінка в різних ситуаціях.

Такі вчені, як А.Богущ, І.Бех, Т.Зубок, Л.Грицюк, Л.Калуська, Л.Карнаух, О.Карпенко, О.Кононко, Н.Коцур, О.Крюковська, Л.Лохвицька, Л.Якименко досліджували проблему безпеки життєдіяльності дитини. Спираючись на їх праці, формування безпечної поведінки дітей означаємо як спеціально спрямовану діяльність педагогів на надання вихованцям

сукупності знань про правила безпеки життєдіяльності, формування умінь поведінки з потенційно небезпечними предметами та переживань, що визначають мотиви поведінки дитини.

Завданням нашої статті є окреслення особливостей формування безпечної поведінки дітей у ЗДО, розкриття завдань, які стоять перед вихователями в аспекті означеної проблеми.

Забезпечення безпечної поведінки в дошкільній у дітей полягає у формуванні у них основних понять про різні види небезпек, у виробленні умінь прогнозувати їх наслідки, правильно оцінювати свої можливості і приймати обґрунтовані рішення безпечної поведінки в різних ситуаціях.

Навчання навичкам безпечної поведінки дітей дошкільного віку в оточуючому середовищі можна розділити на два періоди: 1) вік 3 - 5 років, 2) вік 5 - 7 років. Перший період характеризується вбиранням і накопиченням знань. В цьому віці у дітей спостерігається підвищена сприйнятливність, допитливість, інтерес. Робота з дітьми даного вікового періоду має бути направлена на накопичення первинних знань про різні види небезпек і особливості поведінки за їх наявності. Така робота повинна здійснюватися поступово: спочатку важливо зацікавити дітей питаннями безпеки, потім необхідно поступово вводити правила безпеки в життя дітей, показати різноманітність їх застосування в життєвих ситуаціях, і надалі вправляти дошкільників в умінні застосовувати ці правила. В старшому дошкільному віці змінюється психологічна позиція дітей, вони відчують себе найстаршими в ЗДО, вже майже школярами, готові до нового соціального статусу учня, а тому можуть усвідомлено відповідати за свої вчинки, контролювати не тільки свою поведінку, а й інших дітей і людей в цілому. Робота з цією віковою категорією має бути спрямована на закріплення і систематизацію отриманих на першому етапі роботи знань, а також вироблення готовності і умінь застосовувати ці знання на практиці у разі потреби. Діти старшого дошкільного віку повинні бути не тільки максимально обмежені від явних джерел небезпеки, а й самі усвідомлювати ступінь цієї чи іншої загрози. Дитина, що має свідоме ставлення і внутрішній самоконтроль, набагато сильніше захищена, ніж дитина, якій просто все забороняють і від усього ховають, адже рано чи пізно вона матиме можливість задовольнити свою цікавість і реалізувати заборонену дію. Втлумачити дітям, що є дозволеним, а що ні – це найперше завдання, яке потрібно реалізувати в роботі з дітьми. Адже часто діти роблять недозволені або неправильні дії не з бажання зробити щось погано, а через незнання і нерозуміння справжнього рівня небезпеки.

Розглянемо основні постулати безпечної поведінки дітей дошкільного віку:

- Правила встановлює дорослий, оскільки в нього більше знань і досвіду. Перший і найважливіший крок до безпеки дітей – розуміння, що правила, встановлені батьками, не можна порушувати. Коли дитина виросте, то зможе сама встановлювати правила своєї поведінки, але поки має слухатися батьків.

- Від батьків не можна нічого приховувати, батьки завжди допоможуть своїй дитині, в будь-якій загрозливій ситуації звертаємось за допомогою до батьків.
- Батьки завжди повинні демонструвати любов до своєї дитини, її прийняття, щоб не викликати у дитини недовіру і бажання щось приховати. Адже якщо дитина буде щось тримати в таємниці, то батьки не зможуть їй допомогти.
- Дитина повинна знати основну інформацію про себе: ім'я, прізвище, домашню адресу, бажано і номер телефону мами. Треба систематично їх повторювати, щоб дитина без запинки могла їх назвати.
- Дитина повинна знати, що далеко не всі дорослі хороші. І що на вулиці не можна розмовляти з незнайомцями, не можна з ними нікуди йти чи брати від них подарунки.
- Дитина повинна вміти сказати «ні, мені не дозволяють» чужим людям; дитина повинна розуміти, що ніхто з хороших дорослих не буде звертатися до малюків за допомогою.
- Не можна нікого чужого вести до себе додому або розказувати йому про таємниці сім'ї, дому [1].

Базовий компонент дошкільної освіти в освітньому напрямі «Особистість дитини» виокремлює такі знання, якими повинна оволодіти дитина щодо основ безпечної поведінки у довкіллі: диференціювати поняття «безпечне» - «небезпечне», усвідомлювати важливість безпеки життєдіяльності як власної, так і інших людей; знати правила поведінки з незнайомими людьми; орієнтуватися у правилах поводження з незнайомими предметами і речовинами; в правилах пожежної безпеки, безпечного користування електрикою, знати правила поведінки на дорозі; знати деякі дорожні знаки; знати правила безпечного перебування вдома, у закладі дошкільної освіти, на вулиці, на воді, на льоду, на ігровому і спортивному майданчиках; знати, до кого можна звернутись за допомогою у разі необхідності. Також дитина має оволодіти здатністю у разі потреби скористуватися телефоном екстреної допомоги (101, 102, 103, 104); володіти навичками безпечної поведінки при агресивному поводженні однолітків або інших дітей, дорослих. Освітній напрям «Дитина в сенсорно-пізнавальному просторі» визначає необхідність оволодіння дитиною знаннями та вміннями виконувати на практиці правила техніки безпеки роботи з інструментами (ріжучі, колючі предмети). Освітній напрям «Дитина в природному довкіллі» оговорює важливість знань дітей щодо правил поведінки з дикими і свійськими тваринами, з рослинами; напрям «Гра дитини» - вміння обирати безпечне місце та атрибути для гри. В освітньому напрямі «Дитина в соціумі» передбачене завдання навчити дитину звертатися по допомогу до однолітків та знайомих або надавати їй, також отримувати задоволення від надання допомоги іншим [2].

Дитина має також знати, що не всі дорослі хороші, що іноді і дорослі погано або дивно себе поведуть. Наприклад, на вулиці можна зустріти дорослого у стані алкогольного сп'яніння, під впливом наркотичних засобів, дорослого, який лається, який надзвичайно брудно одягнений з

неприємним запахом (тобто маргінальні категорії суспільства). Але є і дорослі, які зовні виглядають привітними, охайними, приємними у спілкуванні, але можуть мати злочинні наміри щодо дитини. Відповідно і ставлення до дорослого у дитини формуємо вибірково.

Також серед основних завдань вихователя є ознайомлення дітей з небезпеками, які можуть чатувати на вулиці (машини, собаки, бурульки, вибухонебезпечні предмети, на які дитина може натрапити, використані шприці тощо). Особливу увагу слід звернути на опанування дітьми правилами вуличного руху (правильний перехід дороги, заборона ігор поблизу дороги, орієнтування в деяких знаках, правильний рух по пішохідній доріжці, розуміння сигналів не тільки світлофора, а й поліцейського-регулювальника тощо), адже автомобілів на наших вулицях надзвичайно багато, відповідно і рівень ДТП високий.

Звісно, детальна увага має приділятися і формуванню знань про правила пожежної безпеки, дій у разі виникнення пожежі (не можна ховатися, треба просуватися до виходу повзком, затуляти носа і рота вологою ганчіркою), знанню номера рятувальної пожежної служби, вмінню провести розмову у разі виклику на допомогу.

Також у ЗДО має проводитися ретельна робота з ознайомлення дітей з правилами поведінки вдома, зокрема з газом і електроприладами, з сірниками, з водою, гострими, ріжучими предметами, побутовою хімією і ліками. Хоча в ЗДО немає стільки небезпечних предметів, як вдома, і середовище максимально наближене до безпечного, однак і тут правила безпечної поведінки дитина, звісно, має знати (сюди належать коректна поведінка в колективі з дітьми, пересування по садочку, вихід на вулицю, безпека гри, правила поводження з предметами, які можуть становити небезпеку для оточуючих).

Надзвичайно важливим завданням є ознайомлення дітей з небезпеками техногенного характеру (пожежі, ураження електричним струмом, отруєння газом з плити і т.д.), з небезпеками природного характеру, (землетруси, удари блискавок, урагани, падіння дерев під час бурі тощо). При цьому особливий акцент ми робимо на явищах, характерних для нашої місцевості.

Типові ситуації, з якими дитина стикається у своєму житті багаторазово - це ситуація «відпочинок на водоймі». Зважаючи на невтішну статистику щодо загибелі дітей на водоймах, вихователь має сформувати у дітей ряд табу: без дорослого не лізти до водойми ні влітку, ні взимку, навіть, якщо крига здається міцною; влітку при високій температурі повітря ходити у панамці або кепці.

Безпека життя дитини дуже тісно переплітається з напрямком роботи зі здоров'язбереження. Базовий компонент дошкільної освіти виокремлює здоров'язбережувальну компетентність, яку ми маємо сформувати у дітей, під якою розуміється здатність до застосування навичок здоров'язбережувальної поведінки відповідно до наявної життєвої ситуації, дотримання основ здорового способу життя, збереження та зміцнення здоров'я у повсякденній життєдіяльності [2,

с. 6]. Тобто в аспекті реалізації даної компетентності маємо сформувані у дітей звичку здорового харчування, загартування організму, ведення рухливого способу життя. Дитина має розуміти, що корисно, що шкідливо для її організму і, відповідно, діяти в напрямку здоров'язбереження.

Спираючись на структуру особистості, Базовий компонент дошкільної освіти виділяє 3 напрямки, в яких має проводитися робота з дітьми: 1) формувати базу знань про безпеку-небезпеку, шкідливе-корисне; 2) формувати емоційно-ціннісне ставлення дитини до життя, здоров'я свого та інших людей; 3) формувати здатність та навички до активного, творчого впровадження набутого досвіду, тобто до регуляції досягнень, поведінки, діяльності.

Успішно сформувати навички безпечної поведінки у дітей можна лише в тому випадку, якщо сама дитина відчуває себе в безпеці. В ситуації захищеності дитина відчуває позитивні емоції, які є і умовою успішного формування мотивації до освоєння матеріалу і тим основним показником, за яким можна робити висновок про результати педагогічної роботи із забезпечення безпеки дошкільнят.

Можна виділити три складові цієї роботи:

1. Створення належних умов, тобто організація безпечного середовища з точки зору фізичної, психічної і соціальної безпеки.

2. Безпосереднє навчання.

3. Контроль і корекція отриманих знань і способів поведінки.

Здійснюючи безпосереднє навчання дітей поводитися безпечно, слід пам'ятати про розвиток у них здатності передбачати можливу небезпеку в конкретно мінливій ситуації та вміння проектувати адекватну безпечну поведінку в побуті.

Важливо не тільки оберегти дитину від небезпеки, а й готувати її до зустрічі з можливими труднощами, які іноді і не завжди передбачиш, формувати уявлення про найбільш небезпечні ситуації, про необхідність дотримання заходів безпеки, прищеплювати їй навички основ безпечної поведінки в побуті спільно з батьками, які виступають для дитини прикладом для наслідування.

Отже, виокремлені завдання щодо формування у дітей безпеки життєдіяльності дають змогу спроектувати напрями роботи з дітьми, які за умов правильного добору інструментарію повинні призвести до бажаного результату.

Література:

1. Базовий компонент дошкільної освіти (Державний стандарт дошкільної освіти) нова редакція // <https://nus.org.ua/wp-content/uploads/2021/01/nakaz-33-bazovyuy-komponent-doshk-osv.pdf>

2. Бойченко Т.Є. Бережи себе малюк: навч.- метод. посіб. для дошк. навч. закладів. К.: Генеза, 2009. - 144 с.
3. Карнаух Л. П. Виховання безпечної поведінки дітей дошкільного віку в соціальному середовищі : метод, посіб. / Л. П. Карнаух - Умань : ВПЦ "Візаві", 2009. - 83 с.

Галузь: «Педагогіка»

МЕТОДИКА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ РОЗПОВІДІ ЗА СЕРІЄЮ СЮЖЕТНИХ КАРТИН

**Тушинська Оксана Олександрівна,
студентка 41Бд групи ННІ педагогіки
Житомирського державного
університету імені Івана Франка
Житомир, Україна**

***Анотація:** Статтю присвячено методиці навчання дітей старшого дошкільного віку розповіді за серією сюжетних картин. Звернено увагу на розвиток монологічного мовлення дітей старшого дошкільного віку. Обґрунтовано які саме види картин потрібні для роботи, описано завдання які постають перед підбором матеріалу. Автором обґрунтовано методи навчання розповіді за серією сюжетних картин дітей старшого дошкільного віку. Подано приклади дитячих розповідей, які були записані від час експерименту.*

***Ключові слова:** старший дошкільний вік, розповідь, серія сюжетних картинок, методи навчання.*

Розвиток зв'язного мовлення є необхідною умовою успішності навчання дитини в дитячому садочку, у школі, а також адаптації дитини до соціуму. Важливою складовою навчання мови дошкільників є навчання їх розповіді за серією сюжетних картин. Ця робота допомагає підвищити активність дітей, удосконалиє їх мову, спонукає самостійно складати оповідання.

Можна стверджувати, що монологічне мовлення характеризує дітей старшого дошкільного віку. Воно досягає високого рівня. Під час комунікації дошкільники можуть давати коротку або розгорнуту відповідь, яка є зрозумілою для людей навколо них. Старші дошкільники здатні брати активну участь у розмові, пропонувати доречні репліки, відповідати на чужі висловлювання, формулювати запитання.

У старшому дошкільному віці дитина оволодіває різними видами розповідей. Розповідь – самостійно розгорнутий виклад певного змісту в будь-якій літературно-мовленнєвій формі. Це складніший порівняно з переказом вид зв'язного мовлення, оскільки його зміст дитина складає самостійно. Розповідь за серією картинок є дієвим різновидом роботи із розвитку зв'язного мовлення дітей дошкільного віку. Старший дошкільник залюбки висловлює власні почуття, думки, трактує свої вчинки, закріплює здобуті знання як про себе, так і про світ навколо нього. Усне монологічне мовлення дітей старшого дошкільного віку звернене на конкретного

співрозмовника. Його реакція дозволяє дитині редагувати своє повідомлення – обминати відоме, вдосконалювати і формулювати нову або маловідому інформацію.

Висловлюванню старшого дошкільника притаманні всі етапи породження монологу: починається з мотиву й загального задуму, який відомий дитині від початку в найзагальніших рисах, - проходить через стадію внутрішнього мовлення, спираючись на семантичний запис з його потенційними зв'язками (саме внутрішнє мовлення є свідченням можливості засвоєння монологу) – стимулює в подальшому формування глибинно синтаксичної структури – розгортає в зовнішнє зв'язне говоріння, що матеріалізується у поверхово-синтаксичній конструкції.

Процес навчання дошкільників розповіді за серією картин необхідно розпочинати з трьох років. Дітям цього віку для складання серії пропонують 2 - 3 картинки. З чотирьох років обсяг серії зростає до 4 - 5 картинок. Сюжети зображень мають відтворювати справжній досвід дітей.

У п'ятирічному віці дитині рекомендують пропонувати до 6-ти картинок з серії по типових подіях для такого віку (пікнік в лісі чи біля річки, придбання товарів в магазині). У цьому ж віці можна використовувати серію картин на основі фантастичних ситуацій (білочка збирає горішки, запрошує лісових друзів і пригощає їх ними). Дітям п'яти років доцільно використовувати серії картинок з 6 - 8 кадрів.

Підбираючи серію сюжетних картинок, важливо брати до уваги їх зміст. Він мусить бути відповідним життєвому досвіду дітей, у сюжетах є чітко окреслена систематичність, завершеність подій. До того ж вони обов'язково повинні збуджувати інтерес. Методично правильний підбір та краща послідовність розташування сюжетних картинок допомагає програмувати чітку логіку викладу думок.

З метою складання розповідей використовують наступні види картин відповідно до рівня розвитку мовлення та мислення дітей:

1) на початку навчання беруть серії послідовних картин із предметно-дійовим зображенням, які базуються на відомих дітям подіях (наприклад, «Купання ведмедика», «Ранок Марійки»);

2) на наступному етапі навчання застосовують серії сюжетних картин, більш складних за змістом (наприклад, «Допомога друзів»).

У групах старшого дошкільного віку використовуються всі можливі види розповідей за картиною: описова розповідь за предметною та сюжетною картин, сюжетна розповідь, описова розповідь пейзажної картини та натюрморту. Вільно можна застосовувати розповідь за серією картинок (скажімо, на тему «Наша ділянка взимку і влітку»), де необхідно вже не просте перерахування подій, а послідовна розповідь з початком, кульмінацією і розв'язкою. У старшій групі варто застосовувати серії картин на гумористичні теми (Л. Бондаренко, А. Дементьєва).

Ставляться різноманітні завдання, що залежать від змісту картини на заняттях з використанням картин:

- 1) навчити дітей правильно та легко розуміти зміст картини;
- 2) виховувати почуття (залежно від сюжету картини): любов до природи, повага до цієї професії тощо;
- 3) вчити складати зв'язну розповідь за картиною;
- 4) активізувати та розширювати словниковий запас (нові слова, які потрібно запам'ятати дітям, або слова, які треба з'ясувати та закріпити).

Експериментальною роботою було охоплено 32 дітей старшого дошкільного віку. Вся діагностика проводиться індивідуально з кожною дитиною. Дослідження рівня сформованості зв'язного мовлення дошкільнят ми проводили за комплексом таких показників:

- 1) розміщення серії сюжетних картинок у логічній послідовності (здатність бачити сюжетну лінію);
- 2) придумування назви розповіді за серією сюжетних картин;
- 3) самостійне складання розповіді за серією сюжетних картин.

Дітям пропонувалося розкласти серію сюжетних картин «Допомогли друзі» в певній логічній послідовності, далі придумати назву своїй розповіді. Потім було запропоновано за цією ж серією сюжетних картин скласти коротеньку розповідь. На першій картинці зображені діти, які граються у сніжки; на другій – хлопчики побачили, як їх друг вийшов випадково на кригу і та почала тріскатись; на третій – хлопчик провалився під лід; на четвертій – хлопці допомагають вибратись другу з води.

Під час дослідження ми звертали увагу на такі характеристики розповіді: розвиток сюжетної лінії; відповідність назви змісту; структурна побудова тексту; розмаїття засобів зв'язку між частинами тексту і реченнями; граматична правильність; образність і виразність мови.

Зразки дитячих розповідей:

Дитина 1: «Була зима. Троє друзів зібралися разом. Вони гралися у сніжки. Один їх друг вирішив покататися на озері. Він ішов і лід почав тріскатися. Хлопчик провалився під лід. Його друзі побачили і побігли йому допомагати. Хлопці взяли довгу палку і подали другу. Вони допомогли йому вибратися з озера».

Дитина 2: «Одного холодного, сонячного дня троє друзів пішли гратися у сніжки. Вони гралися біля озера. Один з них захотів покататись. Поки його друзі гралися, то він пішов на лід. Лід не витримав і хлопчик провалився під лід. Раптом хлопці почули крики. Вони побачили, що їх друг провалився під лід. Вони побігли йому допомагати. Вони взяли палицю і з нею витягнули хлопчика».

Дитина 3: «Була зима. Було холодно. Тарас і Петро пішли гратись у сніжки. Вони гралися і почули як хтось кричить. Вони побачили, що невідомий хлопчик провалився під лід. Вони

поспішили йому на допомогу. Вони взяли палицю і за допомогою її витягнули його. Після вони подружилися».

Отже, робота за серією сюжетних картин унаочнює логічну структуру розповіді, яку складають діти, візуалізує планування власного висловлювання, сприяє формуванню плавності, зв'язності й логічності мовлення; забезпечує динамізм процесу сприймання й розповідання, дає змогу підтримувати високий рівень зацікавленості, інтелектуальної та мовленнєвої активності дітей під час заняття з розвитку мовлення.

Список використаних джерел

1. Білан О.І. Розповідання засобами ілюстрації в дошкільних закладах.-Львів : Аверс, 2003. –78 с.
2. Богуш А.М. Методика організації художньо – мовленнєвої діяльності дітей у дошкільних навчальних закладах. Підручник для студентів вищих навчальних закладів факультетів дошкільної освіти. / А.М. Богуш, Н.В. Гавриш, Т. М. Котик. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. – 304с.
3. Гавриш Н. Навчання розповіді за картиною/ Н. Гавриш // Дошкільне виховання. – 2003. – № 1.
4. Студфайли [Електронний ресурс] – Режим доступу <https://studfile.net/preview/5512092/page:49/>
5. Тихеева Е.И. Развитие речи детей /Е.И. Тихеева - М. Просвещение, 1981. - 159 с.
6. Ушакова О.С Методика развития речи детей дошкольного возраста / О.С. Ушакова Е.М. Струнина. - М.:ВЛАДОС, 2004. - 288 с

ВИКОРИСТАННЯ РЕСУРСІВ ДЛЯ ОНЛАЙН-ВЗАЄМОДІЇ УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Федоровська Оксана Олександрівна
викладач вищої кваліфікаційної категорії
Відокремленого структурного підрозділу
«Ірпінський фаховий коледж
Національного університету біоресурсів
і природокористування України»,
м. Ірпінь

***Анотація:** У статті охарактеризовано переваги дистанційних технологій; проаналізовано впровадження дистанційного навчання для студентів закладу фахової передвищої освіти з української мови і літератури.*

***Ключові слова:** дистанційне навчання, технології навчання.*

Сучасна освіта зумовлює впровадження та використання інформаційних технологій у навчально-виховному процесі закладу фахової передвищої освіти. Викладач повинен формувати у здобувачів освіти уміння вчитися, самостійно здобувати знання, розвивати логічне і критичне мислення, творчу уяву, формувати мовленнєву культуру. У практику роботи викладача ввійшли нові методи і технології навчання, зумовлені дистанційним навчанням внаслідок світової пандемії. Вимушене дистанційне навчання стало викликом для всіх учасників освітнього процесу. Організувати якісне навчання з використанням цифрових технологій, надихати й мотивувати здобувачів освіти, вирішувати технічні проблеми виявилось зовсім не просто, адже дистанційна форма навчання передбачає доступ до інтернету, технічне забезпечення (комп'ютер, планшет, смартфон тощо) в усіх учасників освітнього процесу, а також те, що викладачі володіють технологіями дистанційного навчання.

Дистанційне навчання може проводитися у двох формах: онлайн і офлайн. Заняття онлайн – це обмін інформацією в режимі прямої трансляції. Традиційним стало використання програм Zoom, CiscoWebex, а також Discord, яка призначена для створення спільнот, зокрема і освітньої. Додаток може організовувати голосові конференції з налаштуванням каналу зв'язку, створювати публічні й приватні чати для обміну текстовими повідомленнями. При цьому між викладачем та студентською аудиторією існує безпосередній зв'язок: пряма відеотрансляція, демонстрування презентації (зокрема колективний перегляд відео); обмін документами Microsoft Office; демонстрування робочого стола або активних програмних додатків із комп'ютера викладача. Недоліком використання цієї програми є те, що за умови підключення

більше 25 осіб не можна вмикати відеотрансляцію. З переваг слід відзначити відсутність часового обмеження, постійний доступ до чату (на відміну від програми Zoom, у якій діє 40-хвилинне обмеження), а також створення серверу для всього навчального закладу (окремі канали для кожної групи, спільні канали для заходів, призначення ролей – адміністратор, викладач, студент).

На заняттях з української мови і літератури в Discord можна використати такі електронні ресурси:

- відеоуроки з української мови, української літератури (<https://dostupnaosvita.com.ua/video-lessons>);
- сайт Олександра Авраменка (<http://xn--80aafnzkijm.xn--j1amh/>; <http://ippo.kubg.edu.ua/ekspres-uroky>);
- «Лайфхаки з української мови», або Українська мова для дорослих і школярів (<https://edera.gitbook.io/laifhaki-z-ukra-ns-ko-movi/>);
- вправи для вивчення української мови від «Тренажера з правопису української мови» (<https://webpen.com.ua/>);
- курс лекцій від WiseCow з української літератури (<https://wisecow.com.ua/literatura/ukrayinska-literatura-v-imenax/>);
- Шістдесятництво (https://www.youtube.com/watch?v=ZU16kw_fDzU);
- Василь Симоненко – український поет-шістдесятник (<https://www.youtube.com/watch?v=7GMS2GejAZE>);
- Дмитро Павличко. Вірш «Два кольори», який став народною піснею (<https://www.youtube.com/watch?v=XyhJNOSEDTM>) тощо.

Під час використання офлайн-технологій матеріали занять зберігаються на платформі для проведення дистанційного навчання, здобувачі можуть опрацювати їх у будь-який час. Зручним є модульне об'єктно-орієнтоване динамічне навчальне середовище Moodle. Це великий набір інструментів для комп'ютеризованого навчання, у тому числі дистанційного. Moodle можна використовувати під час навчання студентів як в комп'ютерних класах навчального закладу, так і для самостійної роботи.

Платформи «Всеосвіта», «На Урок» (<https://naurok.com.ua/>; <https://vseosvita.ua/test>) дають можливість педагогу як створювати інтерактивні тести, так і використовувати готові з бібліотеки. Також на цих платформах проводяться Всеукраїнські інтернет-олімпіади, конкурси. Упродовж навчального року студенти, які здобувають повну загальну середню освіту, можуть взяти участь як в осінній, так і у зимовій олімпіаді, перевіривши свої знання, та повторити вивчене.

Сервіс Google Диск призначений для зберігання і редагування файлів. Його зручно використовувати для перевірки письмових (есе, твір, розгорнута відповідь на питання), усних

робіт (усний переказ, діалог), а також оцінювання вивчених напам'ять творів письменників. У соціальних мережах вайбер, телеграм також можна створити групу і підтримувати тісний зв'язок зі студентами, викладаючи у ній завдання, оговорювати терміни виконання. Студенти мають можливість надсилати виконані завдання на особистий номер (без загального доступу). Отже, Moodle, Google Диск і вайбер доповнюють онлайн формат спілкування і роблять дистанційне навчання максимально продуктивним.

Дистанційне навчання української мови і літератури сприяє виробленню у здобувачів освіти самостійності, відповідальності, умінню самостійно засвоювати потрібну інформацію, вчитися культурі спілкування під час відеотрансляції, у голосовому і текстовому чатах, користуватися мережею Інтернет. Звичайно, навчання на відстані виявило і ряд проблем: не всі вчасно приступають до виконання завдань, здобувачі освіти виконують переважно тестові завдання, а творчі залишають поза увагою. Можна стверджувати, що запропоновані програми, сервіси, соціальні мережі, електронні ресурси є раціональними, оскільки розширюють можливості традиційного навчання, урізноманітнюють його, посилюють інтерес до української мови і літератури, покращують якість знань, підвищують рівень мотивації до навчання, стимулюють розвиток інтелекту здобувачів, а також змінюють і удосконалюють методику викладання предметів гуманітарного циклу в умовах пандемії.

Отже, упровадження дистанційної форми навчання в закладах освіти – виклик часу і перевірка на готовність її сприйняття. Ця форма освітньої діяльності вимагає від усіх її учасників насамперед усвідомленого підходу до навчання, умінь працювати з інтернет-ресурсами й сучасними інтернет-технологіями. І найважливіша роль у цьому належить педагогу: лише свідомо, грамотна й відповідальна робота викладача відобразиться на результаті роботи здобувача освіти.

Література:

1. Яценко Т., Міщенко О. Шкільне дистанційне навчання літератури: від можливості до необхідності // <https://lib.iitta.gov.ua>.
2. Організація дистанційного навчання в школі. Методичні рекомендації// <https://mon.gov.ua/ua>.

Галузь: «Медицина»

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНА ДИСТОНІЯ У ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Вечірко Лариса Станіславівна
Здобувач 2 курсу магістратури
Вінницький інститут Університету «Україна»,
м.Вінниця

***Анотація:** У роботі висвітлено проблему нейроциркуляторної дистонії (НЦД) за гіпотонічним типом (первинної гіпотензії) і коморбідних станів, що можуть зустрічатися у практиці фізичного терапевта. Розглянуто патологію внутрішніх органів, серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату при недиференційовані дисплазії сполучної тканини.*

***Ключові слова:** нейроциркуляторна дистонія, недиференційована дисплазія сполучної тканини, фізична терапія.*

Термін «нейроциркуляторна дистонія» запропонований М.М. Савицьким (1948) і Г.Ф. Лангом (1950). Проте сьогодні науковці і практики у галузі медицини не дійшли спільної думки стосовно визначення і походження цієї патології. Так, поряд із НЦД існують терміни «вегето-судинна дистонія», «артеріальна гіпотонія» та «гіпотонічна хвороба». Розрізняють первинну та вторинну НЦД. Первинна (патологічна) НЦД як самостійне хронічне захворювання проявляється в двох варіантах – як конституціонально-спадкова або «фізіологічна» гіпотонія в зовсім здорових людей з низьким АТ та як хронічне захворювання (гіпотонічна хвороба). У частини хворих НЦД виступає як супутній синдром у поєднанні з іншими хворобами, а її ознаки зменшуються підчас ремісії (вторинна НЦД). [1, с.12-27].

НЦД традиційно відносили до функціональних захворювань, розуміючи під цим відсутність чіткого морфологічного субстрату, але останнім часом за допомогою електронної мікроскопії в нервових клітинах виявлені метаболічні і регуляторні порушення, що привело науковців до розгляду цієї проблеми як патології сполучної тканини [3,4]. Це питання важливе, оскільки саме визначення нозології регламентує теоретичні та практичні підходи до діагностики та лікування. В кінці минулого століття Р. Бейтон (R. Beighton) запропонував визначати вроджену патологію сполучної тканини, яка проявляється зниженням її міцності, терміном «дисплазія» від грецького «відхилення в формуванні» (dysplasia – приставка dys – будь-який розлад, порушення, plasis – формування). В наш час поширення набув термін дисплазія сполучної тканини (ДСТ). За поданням Д. Саркісова, поняття ДСТ «об'єднує всі

різновиди вроджених вад розвитку як органів, так і окремих тканин, передумови для виникнення якої складаються у внутрішньоутробному періоді, однак клінічне значення набувають в різні періоди життя людини, важливу стимулюючу роль у такій клінічній реалізації вад розвитку можуть зіграти різні фактори зовнішнього і внутрішнього середовища» [6]. Е.В. Земцовський запропонував термін «некласифікована дисплазія сполучної тканини» (НДСТ), яка може проявлятися диспластичними змінами як в одному, так і в декількох органах або системах. При цьому ізольованими спадковими ДСТ він запропонував називати випадки виявлення дефекту СТ, який має тільки одну чітку локалізацію. Наприклад, слід говорити про ізольовану дисплазію хребта, нирок або серця, підкреслюючи, що використання цього терміна правомірно лише в тих випадках, коли доступні методи дослідження не дозволяють виявити диспластичних змін з боку інших органів і систем. У подібних випадках ДСТ серця слід розглядати як окремий прояв системного дефекту СТ. Е.В. Земцовський вважає «синдром сполучнотканинної дисплазії» нозологічно самостійним синдромом полігенно-мультифакторіальної природи, який проявляється зовнішніми фенотипічними ознаками сполучнотканинної дисплазії в поєднанні з диспластичними змінами СТ та клінічно значущою дисфункцією одного або декількох внутрішніх органів [2]. За В.М. Яковлєвим НДСТ – генетично гетерогенна група, яка частіше має ознаки аутосомно-домінантного типу успадкування без чітких клініко-генеалогічних критеріїв, з різним набором кількісних і якісних фенотипічних і клінічних симптомів, обумовлених ступенем вираженості структурно-функціональних порушень твердої і пухкої СТ і ускладненнями, що формуються в процесі онтогенезу [1]. Е.В. Земцовський і Т. І. Кадуріна вважають, що ДСТ – це спадкові порушення СТ, об'єднані в синдроми і фенотип на основі спільності зовнішніх і/або вісцеральних ознак, які характеризуються генетичною неоднорідністю і різноманіттям клінічних проявів – від доброякісних субклінічних форм до розвитку поліорганної і полісистемної патології з прогредієнтним перебігом [2, 3].

Загальні клінічні прояви НДСТ умовно можна розділити на обумовлені безпосередньо НДСТ та викликані її ускладненнями і впливом на інтеркурентні захворювання. Скарги, характерні безпосередньо для НДСТ, уявити складно, так як особливості кістково-м'язової системи, шкіри звичні для пацієнта і не є предметом скарг. Вегетативна дисфункція, часто супутня НДСТ, не має специфічних проявів. Про клінічний прояв НДСТ слід думати після виключення розладів, що мають подібну клініку, - панічні атаки, депресії, тривоги, соматоформні розлади та ін. Патологія внутрішніх органів проявляється специфічними симптомами, характерними для конкретного захворювання, і описана нижче. Об'єктивні симптоми, які вказують на НДСТ, групуються на кісткові, шкірні, суглобові і вісцеральні. Основні ознаки НДСТ пропонується розділяти за їхньою органною локалізацією: очні, серцево-судинні, легеневі, органи черевної порожнини і нирок, нервова система. Наявність цих ознак верифікується за даними променевого

та функціонального обстеження (Е.В. Земцовський). Вісцеральні ознаки НДСТ можна розділити на ті, що характеризують слабкість зв'язкового апарату (спланхноптоз) і по суті близькі за фенотипічними ознаками, що вказує на слабкість зв'язкового апарату. Друга група відображає аномалії формування сполучнотканинного каркасу внутрішніх органів.

Слід зазначити, що синдром ДСТ є сприятливим фоном для розвитку спектру різної патології внутрішніх органів. Зокрема І.В. Бугаєва (2010) у пацієнтів з ознаками ДСТ (1350 пацієнтів, середній вік $54,860 \pm 0,216$ року) зазначає до 22 статистично значущих кореляційних залежностей. Так, аномальні хорди лівого шлуночка серця (АХЛШ) були значимо пов'язані з аритмічним синдромом, моторно-тонічними порушеннями шлунково-кишкового тракту, аномаліями жовчного міхура, астеничним типом конституції, вісцеральними грижами, кістами нирок. Астеничний тип конституції має достовірні взаємозв'язки з наступними ознаками НДСТ: рефлюксна хвороба, АХЛШ, синдром ранньої реполяризації шлуночків, нефроптоз, розщеплення нирок, вісцеральні грижі, варикозна хвороба, міопія, що розвинулися до 40-річного віку. Ознаки слабкості СТ мають між собою достовірні кореляційні взаємозв'язки, утворюючи групи, в яких кожна з ознак значимо «зчеплена» з ознаками, що відображають наявність ДСТ різних систем організму або фенотипу [6].

Таким чином, НДСТ є сприятливим фоном для розвитку широкого спектра різної патології внутрішніх органів. Захворювання внутрішніх органів у таких пацієнтів розвиваються частіше і мають більш несприятливий перебіг.

Грунтуючись на спільності мезенхімального походження таких структур сполучної тканини, як клапани серця, судини, шкіра та її похідні, опорно-руховий апарат, лицьова частина черепа, можна припустити, що морфогенетичні відхилення від норми характерні для всіх похідних структур сполучної тканини [2,3]. Клініко-морфологічні порушення при спадкових колагенопатіях визначаються системністю ураження, так як СТ становить строму всіх органів і тканин. Морфологічні зміни в тканинах і органах неспецифічні, тому їх прояви подібні як при різних спадкових колагенопатіях, так і ДСТ, обумовлених мутаціями в генах неколагенових білків позаклітинного матриксу. Фенотипічні і органічні прояви залежать від того, яка СТ вражена більше – щільна або пухка. Цим пояснюються порушення в кістковій і хрящовій тканинах, дефекти шкіри, судин, клапанів серця, сечовидільної, нервової систем, шлунково-кишковому тракті і т.д. [6]. Так скелетні зміни проявляються астеничною статурою, арахнодактилією, кілевидною і лійкоподібною деформацією грудної клітини, сколіозом, кіфозом, лордозом хребта, плоскостопістю. Серед порушень опорно-рухового апарату – найпоширеніший симптом гіпермобільності суглобів з вивихами і підвивихами або недорозвинення суглобових поверхонь внаслідок слабкості зв'язок. Порушення зв'язкового апарату може супроводжуватися утворенням пахових і стегнових гриж [6,7]. Зміни з боку шкіри

характеризуються її витончення, схильністю до легкої травматизації і утворення келоїдних рубців, гіпереластичність [9].

Часта ознака колагенопатій – зменшення м'язової маси, так звана м'язова слабкість. Гістологічні та гістохімічні, електронно-мікроскопічні дослідження виявляють зменшення розмірів м'язових волокон поперечно-смугастих м'язів. Аналогічні зміни відбуваються, ймовірно, і в серцевому м'язі, що призводить до зниження скорочувальної здатності міокарда. Патологія органів зору проявляється міопією, дислокацією кришталика, відшаруванням сітківки, дегенеративними змінами на очному дні, збільшенням довжини очного яблука, плоскою рогівкою, блакитними склерами [5]. Ураження серцево-судинної системи дуже різноманітні: анатомічні зміни клапанів серця – пролапс клапанів, порушення довжини і розриви хорд з розвитком регургітації і порушенням центральної гемодинаміки, розширення аорти, легеневої артерії та ін. У літературі обговорюється питання про часте поєднанні аномалій розвитку серця з аномаліями кістково-суглобової, сечовидільної, жовчовивідної систем, вегетососудистими дистоніями, хронічною патологією шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної системи, нирок [2, 9].

Спостерігаються ураження артерій середнього і дрібного калібру – наявність множинних аневризмів мозкових і ниркових судин, що може призвести до виникнення геморагічних інсультів та вазоренальної гіпертензії [2]. Бронхолегеневі ураження характеризуються внаслідок підвищеної розтяжності і зниженою еластичності легеневої тканини поликістозом легких, спонтанним пневмотораксом, бронхоектазами, емфіземою, гіпоплазією легенів [3]. Більшість перерахованих вище хвороб супроводжуються зміною нервово-психічного стану і вегето-судинною дистонією, яка нерідко виступає в якості провідного синдрому НЦД.

Традиційний підхід до діагностики НЦД ґрунтується на властивих цій патології суб'єктивних і об'єктивних симптомах. Верифікувати діагноз НЦД як основну патологію можливо за умови комплексного підходу і відсутності доказів існування інших захворювань.

Література:

1. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конев и др. / Лечащий врач. 2008. № 2. С. 22-25.
2. Земцовский Э.В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани / Медицинский вестник. 2006. № 11 (354). С. 27-33.
3. Ионов В.А. Нейроциркуляторная дистония как патология соединительнотканного матрикса / В. А. Ионов. – К. : Книга плюс, 2008. 158с.
4. Кадурина Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб. : ЭЛБИ, 2008. 714с.

5. Мурашко Н.К. Дисплазия соединительной ткани / Н. К. Мурашко, А. С. Пянтковский / Мистецтво лікування. 2011. № 3. С.46-49
6. Нейроциркуляторная дистония. Актуальные вопросы и ответы [Текст] / Г. В. Дзяк, А. М. Василенко, В. А. Потабашний [и др.] / Здоров'я України – XXI сторіччя : мед. газета. 2015. Липень (№13/14). С. 47-49.
7. Badauy C.M., Gomes S.S., Sant'ana Filho M., Chies J.A. Ehlers-Danlos Syndrome (EDS) type IV. Review of the literature / Clin Oral Investig. 2007.
8. Bravo J.F., Wolff C. Clinical study of hereditary disorders of connective tissues in a Chilean population: joint hypermobility syndrome and vascular Ehlers-Danlos syndrome / Arthritis. Rheum. 2006. №54(2). P.515-523.
9. Comeglio P., Johnson P., Arno G., Brice G., Evans A., Aragon-Martin J., da Silva F.P., Kiotsekoglou A., Child A. The importance of mutation detection in Marfan syndrome and Marfan-related disorders: report of 193 FBN1 mutations /Hum. Mutat. 2007. №28(9). P.928.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ РЕАКТИВНОМУ АРТРИТІ

Колісніченко Людмила

Здобувач 2 курсу магістратури

Вінницький інститут Університету «Україна»,

м.Вінниця

***Анотація.** Обґрунтовано клініко-фізіологічні критерії застосування лікувальної фізичної культури у комплексному лікуванні хворих на реактивний артрит.*

***Ключові слова:** реактивний артрит, лікувальна фізкультура, види вправ.*

Актуальність проблеми реактивного артриту (РеА) обумовлена тим, що клінічно подібні з ним ураження суглобів у ряді випадків є початком інших більш тяжких системних захворювань. У даний час РеА розглядається як мультифакторне захворювання, пов'язане з хронічною інфекцією, у розвитку якого значну роль відіграють не тільки мікроорганізми, але й їх стан [2, с.42]. До реактивних артритів відносять запальні негнійні захворювання суглобів, які розвиваються внаслідок імунних порушень після перенесеної уrogenітальної, кишкової чи респіраторної інфекції [1, с.57;4, с.9].

Лікувальна фізкультура - це один з часто застосовуваних засобів при реабілітації, його застосування повинно ґрунтуватися на суворих показаннях, на дозуванні у зв'язку зі станом хворого, на фізіотерапії та відпочинку. Лікувальна фізкультура переслідує три головні задачі: запобігання від деформації у суглобах, підтримування м'язової сили, підтримування амплітуди рухів у суглобах. Лікувально-фізкультурні вправи бувають наступних видів: статичні, пасивні, активні з допомогою, активні з опором.

Статичні вправи застосовують у гострій стадії артриту, коли хворий лежить у ліжку, і метою є попередження розвитку неактивної атрофії м'язів. Статичні вправи показані найчастіше для посилення сідничних м'язів та розгиначів коліна. Ці вправи треба виконувати 6-12 разів на день.

Пасивні вправи призначають у гострій стадії захворювання і мають за мету збереження об'єму рухів у враженому суглобі. Ці вправи роблять медичні працівники або родичі хворого. Пасивні вправи треба виконувати до тих пір, поки не буде досягнута максимальна амплітуда руху по всім осям руху суглобів. Їх треба виконувати декілька раз на день.

Активні вправи з допомогою необхідні у тих випадках, коли хворий не може виконувати їх сам. Вони є переходом до виконання активних вправ без допомоги. Зовнішня допомога може бути виконана при виконанні вправ за допомогою блока або дошки.

Активні вправи без зайвої допомоги призначають, коли амплітуда рухів у суглобах та м'язова сила достатні. Активні вправи з опором призначають, коли покращала амплітуда рухів.

Опір рухам виконують вручну фізіотерапевтом або за допомогою механічного опору.

ЛФК для хворих РеА показана на всіх стадіях захворювання після купірування гострого процесу. Хворим з високою активністю процесу показано лікування положенням, корекція зведень кисті, дихальні вправи і т.п. [3].

Протипоказання до призначення ЛФК у хворих РеА:

- протипоказано призначення ЛФК при високій (III ступені) активності процесу, з вираженим больовим синдромом і великими ексудативними явищами в суглобах.
- не показано призначення ЛФК при виражених ураженнях внутрішніх органів з недостатністю їх функцій (плеврити, пневмонії, нефрити, васкулити) і ін.
- враховуються і загальні протипоказання до призначення ЛФК: інфекції, лихоманка, гострі і підгострі захворювання внутрішніх органів, серцево-судинна недостатність II-III ступеня і ін.

Проведення ЛФК у хворих РеА рекомендується після прийому анальгетиків і міорелаксантів, які зменшують вранішню скутість і больовий синдром.

Основними засобами, які має в своєму розпорядженні лікувальна фізкультура, є фізичні вправи. Вони можуть використовуватися у вигляді трьох методів: індивідуального, групового і консультативного. Фізичні вправи звичайно виконуються без предметів і з предметами: палиці, скакалки, кеглі, м'ячі, кульки, конуси. Крім того використовуються лавки і гімнастичні стінки. Останнім часом використовуються спеціальні установки, де виконання вправ проводиться за допомогою підвісів, блоків і вантажів (УГУЛЬ - універсальний гімнастичний кабінет і РУП - реабілітаційна установка приліжкова).

Початкове положення для хворих РеА може бути: лежачи, сидячи, лежачи на боку, лежачи на животі. Обов'язковими умовами ЛФК є - регулярність, систематичність і спадкоємність занять (стаціонар, поліклініка, курорт, завдання вдома). Величина фізичного навантаження при заняттях ЛФК залежить від безлічі різноманітних чинників, але вона завжди повинна відповідати можливостям пацієнта, його віку і стану здоров'я.

Для підвищення навантаження слід збільшити число повторень вправ і темп їх виконання. Для зниження навантаження - зменшити число вправ, кількість повторень і темп їх виконання. Навантаження може вважатися за правильне, якщо після занять відчувається прилив енергії, бадьорості, зменшується скутість в суглобах і м'язах.

Для правильності визначення навантаження проводять підрахунок пульсу до і після занять, це дозволяє визначити правильність побудови комплексу. Пульс до і після занять може бути на одному рівні. Якщо пульс після навантаження підвищується в межах 16-20 ударів в 1 хв. або знизився після навантаження - це норма. Якщо пульс підвищується в межах 30-40 ударів в 1 хв., слід звернути увагу на дозування вправ, темп і правильність поєднання вправ з диханням.

У заняттях ЛФК розрізняють 3 періоди:

1. Підготовчий період - продовжується 10-15 хв, протягом 2-3 днів.

2. Основний або тренуючий період - тривалість занять 25-30 хв., 10-15 днів.

3. Завершальний період - проводиться за 3-5 днів до виписки із стаціонару і дається завдання додому.

Ранні заняття ЛФК сприяють попередженню обмежень і відновленню рухової функції.

У гострому періоді захворювання і при загостренні хронічних поліартритів, в період високої активності процесу проводиться лікування положенням. У міру зниження активності і наявності схильності до контрактур слід виконувати пасивні вправи за допомогою методиста.

Провідні фахівці рекомендують використовувати фізичні вправи, що збільшують амплітуду рухів, м'язову силу, а також вправи аеробної спрямованості, враховуючи індивідуальні можливості кожного хворого і забезпечуючи адекватний відпочинок [5].

Доцільність виконання вправ, що підвищують м'язову силу, обумовлена тим, що слабкість м'язів спостерігається приблизно у 80 % хворих, страждаючих реактивним артритом. Іншою причиною може бути вельми обмежений рівень рухової активності. У разі повної іммобілізації, наприклад при призначенні постільного режиму, рівень м'язової сили може знижуватися з інтенсивністю близько 3 % у день в перший тиждень.

Виконання вправ аеробної спрямованості не вимагає великої сили або швидкості, разом з тим надає тренуючу дію на серцево-судинну систему. Серед безлічі видів вправ аеробної спрямованості, найбільш популярними, мабуть, можна рахувати швидку ходьбу, біг, плавання, танці, їзду на велосипеді. Одне із завдань цього виду фізичних вправ - збільшення максимальної кількості кисню, який може бути використаний організмом для утворення енергії в процесі роботи. Це дозволяє людині виконувати більший об'єм роботи при меншому стомленні.

Результати численних досліджень показали позитивний вплив фізичних вправ на стан здоров'я більшості хворих, с реактивним артритом, без посилювання больових відчуттів. Регулярні заняття знижують ступінь тяжкості захворювання, викликаючи ослаблення больових відчуттів, зменшуючи кількість хворих суглобів.

Література

1. Бойчак М.П., Спаська Г.О. Особливості змін ендоталіальної функції та клапанів серця у хворих на реактивні артрити . Лікарська справа . 2010. №7-8. С.57-60.

2. Бондаренко Г.М. Современные данные о распространенности болезни Рейтера . Дерматология и венерология. 2002. №3, Т.17.С. 42-45

3. Коваленко В.Н. Шуба Н.М. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения. Киев. 2002. С.121-122.

4. Лиля А.М. Реактивный артрит: клиника, диагностика, лечение. Семейный врач. 2002. №6, Т.4. С. 9-16.

5. Петровська Н.Г., Кубнова Г.Ф. Режим рухів у хворих на ревматоїдний артрит. Український ревматологічний журнал. 2000. №2. С.29-30.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ ЗАКЛАДІВ

Колісніченко Людмила

Здобувач 2 курсу магістратури

Вінницький інститут Університету «Україна»,

м.Вінниця

***Анотація:** В роботі висвітлена ефективність комплексного застосування методів фізичної терапії при реактивних артритах на санаторно-курортному етапі. Розглянуто використання лікувальної фізичної культури, масажу, фізіотерапевтичних методів, проведена клінічна і лабораторна оцінка їх ефективності.*

Удосконалена методика оцінки ефективності застосування засобів фізичної терапії.

***Ключові слова:** реактивний артрит, фізична терапія, лікувальна фізична культура, масаж, методи лікування.*

Реактивний артрит (РеА) є одним із найбільш частих ревматологічних проявів. РеА-патологія, яка знаходиться на перетині кількох дисциплін: інфектології, мікробіології, ревматології та дерматовенерології, клінічні прояви її множинні та різноманітні, а перебіг дуже варіабельний. Патогномонічних ознак та загальноприйнятих діагностичних критеріїв цього захворювання не існує [1, с. 14]. Захворюваність на РеА у світі становить 30-200 випадків на 100 000 населення [4, с. 121]. Здебільшого на РеА хворіють молоді люди 20-40 річного віку, і практично однаковою мірою чоловіки та жінки. Однак на хворобу Рейтера чоловіки хворіють приблизно в 15 раз частіше [4, с. 121] РеА- група захворювань, яка характеризується однотипним ураженням опорно-рухового апарату. Зараз здебільшого реактивним вважають артрит, який не підпадає під діагностичні критерії ревматоїдного чи подагричного артриту і не супроводжується специфічною для системних ревматичних захворювань позасуглобовою симптоматикою. Актуальність проблеми РеА обумовлена тим, що клінічно подібні з ним ураження суглобів у ряді випадків є початком інших, більш важливих системних захворювань. У даний час РеА розглядається як мультифакторне захворювання, пов'язане з хронічною інфекцією, у розвитку якого значну роль відіграють не тільки мікроорганізми, але й їх стан [3, с. 42]. До реактивних артритів відносять запальні негнійні захворювання суглобів, які розвиваються в наслідок імунних порушень після перенесеної уrogenітальної, кишкової чи респіраторної інфекції [5, с. 9; 2, с. 57].

Матеріали і методи

Дослідження проводилось на базі Клінічного санаторію «Хмільник».

Під спостереженням знаходилось 70 хворих з достовірним діагнозом реактивний артрит, згідно критеріїв J.Sierog і співавт. 2002р. Вираженість РеА була різноманітною: у 39 хворих в клінічній картині переважно ураження периферичних суглобів, у 31- ураження периферичних суглобів і хребта. Для оцінки результатів проведених досліджень, використовували ряд клінічних, клініко-лабораторних, біохімічних та імунологічних показників, які характеризують різноманітні аспекти: наявність і ступінь вираженості клінічних проявів, активності хвороби, а також зміни в процесі санаторно-курортного лікування. Клінічний стан хворих оцінювали за тривалістю ранкової скутості –РС (у хвилинах), суглобовому (СІ), сухожильному (СхІ), і хребтовому (Хі) індексам, симптому Томайєра(СТ) і показнику рухливості хребта (ПРХ). Динаміку лабораторних показників запалення оцінювали за змінами ШОЕ і числа лейкоцитів в периферичній крові, концентрації в сировотці крові С-реактивного білка (С-РБ), фібриногену, церулоплазміну, та серомукоїда. Ступінь загальної клінічної активності визначалась згідно сумарному індексу активності (СІА). Методи апаратної фізіотерапії призначали в залежності від переважання клінічних проявів захворювання: локально на периферичні суглоби, вздовж ураженої частини хребта чи паравертебрально. Перша група хворих (39 чол.) отримувала низькочастотний ультразвук (НУЗ). В якості контактного середовища використовували офіційну 1% гідрокортизонову мазь. Курс апаратної фізіотерапії складав 10-12 щоденних процедур. У другій групі хворих (31 чол.) які отримували методи апаратної фізіотерапії, проводили вплив надвисокочастотними електромагнітними полями дециметрового діапазону. В двох групах 90% хворих отримували симптоматичну медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні препарати), яка не змінювалась в процесі проведення курсу фізіотерапії. Радонові ванни призначалися за основною методикою.

Результати. Обговорення.

Встановлено, що ЕМП ДМХ справляло істотний позитивний вплив на запальні зміни хребта, а НУЗ- на периферичний артрит. В результаті проведеного дослідження обґрунтовано застосування методів апаратної фізіотерапії при РеА, доказана їх ефективність. Використання НУЗ у поєднанні з радонотерапією приводило до покращення у 61,5% хворих, ЕМП ДМХ у поєднанні з радонотерапією - у 58,1% хворих. Встановлено, що ЕМП ДМХ чинить суттєвий позитивний вплив на запальні зміни в хребті, а НУЗ- на периферичний артрит. ЕМП ДМХ і НУЗ в основному спричиняли місцевий вплив: зменшували біль і вираженість запалення периферичних суглобів і хребта, збільшували об'єм рухів, що призводило до зменшення загальної клінічної активності

Висновки та перспективи подальших розробок.

1. Реактивний артрит-системне захворювання, яке розвивається внаслідок хламідійної або (значно рідше) іншої інфекції у спосіб з генетичною схильністю, характеризується ураженням сечостатевих органів та суглобів і не рідко поєднується з ураженням шкіри, слизових

оболонок,вісцеральними проявами. РеА завершується одужанням, або набуває хронічного рецидивного перебігу.

2.Сучасні концепції лікування хворих на РеА засновані на принципах ранньої діагностики, а також раннього початку терапії,оскільки захворювання у більшості осіб набувають хронічного перебігу із системним ураженням опорно-рухового апарату.

3.Застосування комплексу фізичної реабілітації у хворих на РеА із включанням до індивідуальних програм лікувальної фізичної культури, масажу, фізіотерапевтичних методів, радонотерапії, призводить до покращення клінічного перебігу, зниження активності запального процесу.

4.При побудові комплексу фізичної реабілітації на санаторно- курортному етапі потрібно враховувати особливості перебігу, наявність системних уражень, показники суглобових індексів,активність запального процесу, механізми дії фізичних факторів.

Представлені диференційовані програми фізичної реабілітації хворих на РеА, можуть бути рекомендовані для застосування в реабілітаційних центрах, ревматологічних та фізіотерапевтичних відділеннях стаціонарів і поліклінік, санаторно-курортних закладах.

Література

1. Абрагамович О.М. Перший досвід застосування флуренізиду в комплексному лікуванні пацієнтів з реактивним артритом хламідійної етіології/О.М. Абрагамович,Р.К. Жураєв//Укр. ревматол. журн.-2004 №4(18), с 14-16

2. Бойчак М.П. Особливості змін ендоталіальної функції та клапанів серця у хворих на реактивні артрити /М.П. Бойчак, Г.О. Спаська//Лікарська справа -2010,№7-8 с 57-60.

3. Бондаренко Г.М. Современные данные о распространенности болезни Рейтера /Г.М. Бондаренко. // Дерматология и венерология. 2002г.№3(17), с 42-45. Клинико-патогенетическое значение нарушений пуринового обмена при хламидий ассоциированом реактивном артрите(болезни Рейтера)

4. Коваленко В.Н. Ревматические болезни: номенклатура, классификация,стандарты диагностики и лечения/ В.Н. Коваленко,Н.М. Шуба. Киев, 2002 с 121-122.

5. Лиля А.М. Реактивный артрит: клиника, диагностика,лечение/А.М. Лиля// Рос. семейный врач. 2002 №6(4) с 9-16.

Галузь: «Технічні науки»

ТРАНСФОРМАЦІЯ САНІТАРНИХ НОРМ І ПРАВИЛ ЗАКЛАДІВ РЕСТОРАННОГО ГОСПОДАРСТВА В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ В УКРАЇНІ

Василенко Олена Вікторівна
кандидат педагогічних наук,
доцент з/н кафедри готельно-ресторанного і туристичного бізнесу
Київського національного університету культури і мистецтв
Київ, Україна

Чеканова Вікторія Сергіївна
Магістр
Київський університет культури
Київ, Україна

Заклади ресторанного господарства в Україні досить стрімко розвивалися, відкривалися нові ресторани, кафе, бари. Кожен заклад харчування намагався розширитися, покращити меню, обслуговування, набрати кваліфікований персонал.

Нажаль з 12 березня 2020 року в Україні ввели карантин. Загальна біда на якийсь час об'єднала багатьох рестораторів, навіть прямих конкурентів.

Майже весь персонал підприємці відправили у відпустку, тому в країні відразу виявилось безліч безробітних ресторанних працівників. Ресторатори скоротили свої витрати до мінімуму, і змогли пережити найжорсткіший весняний локдаун та наступні обмеження.

З початком пандемії ресторани та кафе закрилися першими, передбачалося, що за рік пандемії в Україні зачиняться майже 50% всіх ресторанів. Під час послаблення карантинних норм, заклади почали працювати по принципу кейтерингу. Це була чудова можливість надати персоналу роботу і вийти з глибокого застою. Тепер в кожному закладі є онлайн сторінка на якій можна замовити страви, також служба доставки яка за лічені години привозить замовлення.

Після другого етапу пом'якшення карантинних норм, почали відкривати заклади згідно нових умов санітарних норм. Все це було пов'язано з постановою Головного державного санітарного лікаря України №57, затверджено нові протиепідемічні заходи у закладах громадського харчування на період карантину у зв'язку з поширенням хвороби (COVID-19).

Новими вимогами передбачено, що організація роботи та обслуговування в закладах громадського харчування (далі - заклад) має здійснюватися відповідно до вимог санітарного законодавства, законодавства про безпечність та окремі показники якості харчових продуктів і з урахуванням цих протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання ускладнення епідемічної ситуації внаслідок поширення коронавірусної хвороби (COVID-19).

Відповідальність за організацію та виконання протиепідемічних заходів покладається на керівника або адміністратора закладу.

Суб'єкт господарської діяльності повинен забезпечити виконання умов з недопущення утворення черг та скупчення відвідувачів, постійну наявність рідкого мила, антисептиків та паперових рушників в санвузлах, пеленальних кімнатах. Використання багаторазових рушників заборонено, інформування клієнтів щодо встановлених обмежень та умов обслуговування в закладі та на офіційних сторінках в мережі Інтернет та соціальних мережах. Вологе прибирання виробничих приміщень та поверхонь на літніх майданчиках, місць контакту рук персоналу і гостей (ручки дверей, місця сидіння, раковини, столи тощо з використанням миючих та дезінфекційних (в кінці зміни) засобів не рідше ніж кожні 2 години, перед відкриттям та після закінчення робочого дня/зміни. Централізований збір та утилізацію використаних засобів індивідуального захисту (захисні маски, респіратори, захисні щитки), паперових серветок в окремі контейнери, урни (картонні або пластикові), з кришками та поліетиленовими пакетами, щоденно здійснювати дезінфекцію контейнерів, або урн, картонні контейнери, урни одноразового використання після використання підлягають утилізації.

Загальні вимоги до приміщень закладів ресторанного господарства:

- здійснюється вимірювання температури тіла відвідувачів безконтактним методом. У разі виявлення відвідувача з підвищеною температурою тіла понад 37,2° С або із ознаками гострого респіраторного захворювання, такий відвідувач не допускається до закладу;
- біля місць потенційного скупчення людей повинно бути нанесено маркування для перебування в черзі з дотриманням дистанції між клієнтами відповідно до вимог, встановлених Кабінетом Міністрів України;
- забезпечується дотримання відстані між сусідніми столами та розміщення клієнтів за одним столом відповідно до вимог, встановлених Кабінетом Міністрів України;
- дозволяється відокремлення частини стола перегородкою, що унеможливорює контакт між відвідувачами, розміщеними по обидві її сторони;
- меню розміщуються для безконтактного ознайомлення біля входу або місця прийняття замовлення, у кількості, достатній, щоб уникнути скупчення людей, або на столах з матеріалу, що дозволяє проведення обробки дезінфекційним засобом. Дозволяється видача одноразових паперових меню з їх подальшою утилізацією;

- видача замовлень в багаторазовому посуді здійснюється виключно за наявності умов для механізованого миття посуду з застосуванням посудомийної машини;

- дозволяється користуватись одноразовим посудом з картону або паперу. Прибори та додатки до напоїв (цукор, мішалки, трубочки тощо) мають бути в індивідуальній упаковці;

- забезпечується можливість безготівкового (безконтактного) розрахунку.

У закладах, що здійснюють обслуговування на виніс та/або на відкритих (літніх) майданчиках:

- прийом замовлень відбувається дистанційно (телефоном, з використанням засобів телекомунікацій), через спеціально облаштоване вікно (вхідні двері) закладу або безпосередньо через персонал закладу, які здійснюють обслуговування споживачів на відкритих (літніх) майданчиках (офіціантів);

- видача замовлень споживачам або офіціантам та розрахунок здійснюється через спеціально облаштоване вікно або через вхідні двері закладу;

- видача замовлень на виніс здійснюється виключно в закритій тарі/упаковці;

- персонал, що здійснює обслуговування на відкритих (літніх) майданчиках, отримує замовлення та здійснює розрахунок без входу до приміщення.

Допуск до роботи персоналу закладу здійснюється за умови використання засобів індивідуального захисту, зокрема респіраторів або захисних масок, що закривають ніс та рот, у тому числі виготовлених самостійно, після проведення термометрії.

Проведення вимірювання температури тіла рекомендується здійснювати безконтактним методом, у разі здійснення контактним методом - забезпечується обов'язкова дезінфекція виробу, яким здійснюється термометрія, після кожного його використання згідно з інструкцією виробника дезінфекційного засобу.

В разі виявлення співробітника з підвищеною температурою тіла понад 37,2° С або із ознаками гострого респіраторного захворювання, такий співробітник не допускається до роботи з наданням рекомендацій звернутись за медичною допомогою.

Особи, хворі COVID-19 та особи, щодо яких встановлено в процесі епідеміологічного розслідування підозру, підлягають самоізоляції або госпіталізації в порядку, визначеному галузевими стандартами в сфері охорони здоров'я, а також відсторонюються від роботи на час самоізоляції або хвороби.

Персонал закладу забезпечується засобами індивідуального захисту із розрахунку 1 захисна маска на 3 години роботи. Засоби індивідуального захисту мають бути в наявності із розрахунку на не менше, ніж 2 робочі дні.

Водночас персонал повинен:

- регулярно мити руки з рідким милом або обробляти їх спиртовмісними антисептиками не рідше ніж раз на 3 години, та після відвідування громадських місць, використання туалету, прибирання, обслуговування тощо;
- утримуватись від дотиків обличчя руками;
- утримуватись від контактів з особами, що мають симптоми респіраторних захворювань - кашель, лихоманка, ломота в тілі тощо;
- самоізолюватись у разі виникнення симптомів респіраторних захворювань.

За допомогою цих змін у закладах ресторанного господарства, ми зможемо себе уберегти від зараження і розповсюдження хвороби. Також завдяки цих правил, заклади можуть працювати і поширювати свою продукцію, розвивати ринок і економіку України.

Отже, ресторанна індустрія зараз стикнулася з найбільшим випробуванням за останній час. Щоб вистояти у складних умовах, власники ресторанного бізнесу трансформують звичні формати діяльності та активізують всі можливі резерви та ключові ресурси. З огляду на те, що на сучасному етапі розвитку сфера ресторанної індустрії є глобальним комп'ютеризованим бізнесом, який базується на інтернет-технологіях та альтернативних online-сервісах, у сучасних умовах вони мають бути максимально задіяні в діяльності підприємств ресторанного бізнесу. Інформаційні технології сьогодні, як ніколи раніше, стають все більш цінним ресурсом у підприємствах ресторанного бізнесу, допомагаючи рестораторам не тільки зберегти життєздатність, але й розкрити нові перспективні напрями розвитку. Для збереження бізнесу та забезпечення ефективного перепрофілювання звичного режиму роботи закладів ресторанного бізнесу на формат адресної доставки замовлень запропоновано концептуальний базис соціального медіа маркетингу для підприємств ресторанного бізнесу, який інтегрує ключові акценти утримання цінності в умовах пандемії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. <https://news.dtkr.ua/society/community/67097>
2. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0057488-20#Text>
3. <https://www.epravda.com.ua/rus/columns/2021/02/17/671122/>
4. https://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjAncvl8NfwAhXugv0HHSZIAKUQFjAEegQIDBAD&url=http%3A%2F%2Fmarket-infr.od.ua%2Fjournals%2F2020%2F42_2020_ukr%2F22.pdf&usq=AOvVaw1B0kd3k7QmXR5CVpw4rOlq
5. https://duan.edu.ua/images/News/UA/Departments/Marketing/2021/roboty_finalistiv/resto_vscovid.pdf

6. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3151579-v-ukraini-prodovzili-karantin-do-kinca-zimi.html>
7. Гріщенко О.Ф., Нешева А.Д. Соціальний медіа маркетинг як інструмент просування продукту. Маркетинг і менеджмент інновацій. 2013. No 4. С. 86–98.
8. Давидова О.Ю. Формування системи інноваційного управління розвитком підприємств готельно-ресторанного господарства. Бізнес-Інформ. 2017. No 11. С. 459–464.
9. Давидова О.Ю., Полстяна Н.В. Інформаційно-комп'ютерні інновації в ресторанному бізнесі. Комунальне господарство міст. Серія «Економічні науки». 2012. No 106. С. 403–408.
10. Клапчук М.В., Біян В.І., Брухлій Б.В. Інноваційні технології в ресторанному господарстві. Карпатський край. 2015. No 1 (2). С. 92–99.
11. Коронавирус: как украинские рестораторы ведут бизнес в условиях пандемии. URL: [https:// www.restorator.ua/post/coronavirus-how-ukrainian-restaurateurs-do-business-in-a-pandemic](https://www.restorator.ua/post/coronavirus-how-ukrainian-restaurateurs-do-business-in-a-pandemic) (дата звернення: 07.04.2020).
12. Лебедева Т.Е., Голубева О.В. Возможности SMM в ресторанном бизнесе. Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. 2018. No 6(32). С. 112–117.

Галузь: «Інформаційні технології»

**ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ DISCORD
ПРИ ВИВЧЕННІ ЕКОНОМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН
У ВСП ХОРОЛЬСЬКОМУ АГРОПРОМИСЛОВОМУ ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ ПДАУ**

**Валентина ГЛЮЗЦЬКА,
Леся НАУМЕНКО,
викладачі- економічних дисциплін(методисти)
Хорольського агропромислового фахового коледжу ПДАУ
Полтавська обл.
Лубенський район,
м.Хорол.**

Анотація

У статті подано етапи впровадження програми Discord при дистанційному вивченні економічних дисциплін, можливість спілкування, виконання поставлених завдань.

Ключові слова

Дистанційне навчання – сукупність інформаційних технологій та методик викладання, які передбачають здобуття освіти без фізичної присутності здобувачів у навчальному закладі

Discord - пропрієтарна freewareVoIP програма, яка призначена для створення спільнот, починаючи від геймерських , закінчуючи освітніми та бізнес спільнотами

**ВИКОРИСТАННЯ ПРОГРАМИ DISCORD
ПРИ ВИВЧЕННІ ЕКОНОМІЧНИХ ДИСЦИПЛІН
У ВСП ХОРОЛЬСЬКОМУ АГРОПРОМИСЛОВОМУ ФАХОВОМУ КОЛЕДЖІ ПДАУ**

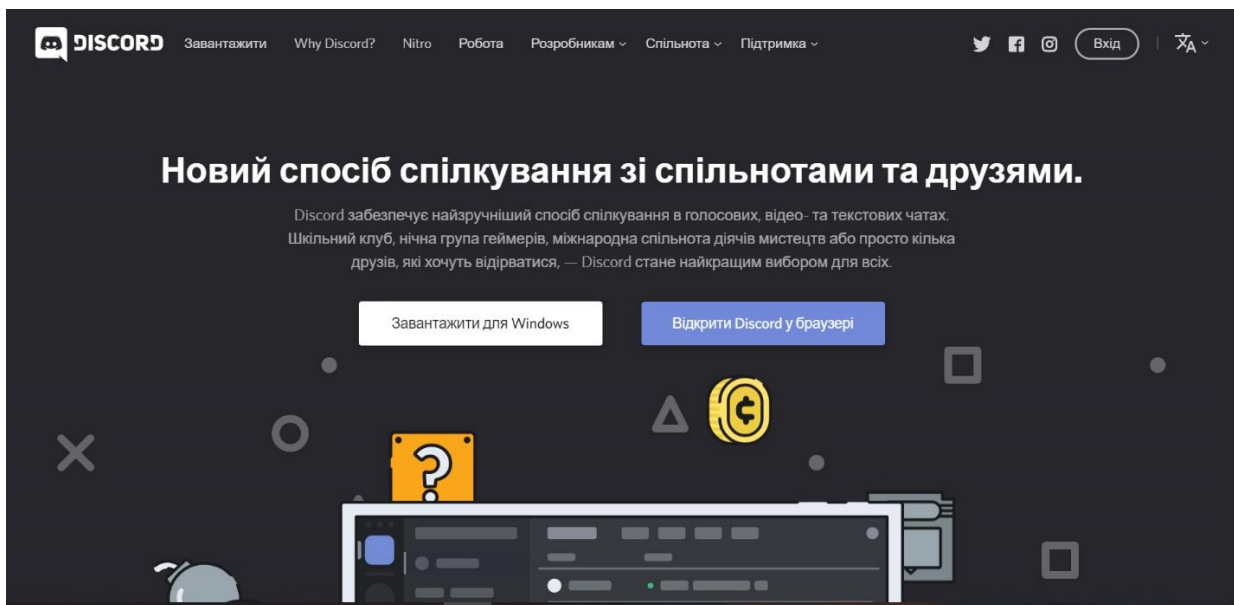
Час не стоїть на місці ,ми постійно вдосконалюємось за рахунок використання нових програм спілкування. На період карантину і викладачам і студентам « Хорольського агропромислового фахового коледжу ПДАУ» довелося переміститися у віртуальний простір та швидко перелаштуватися на нові форми організації освітнього процесу.

Особливо проблемно, при дистанційному навчанні проводити консультації по практичним роботам з економічних дисциплін, які містять розрахунки та аналіз

Для більш детального вивчення дисципліни, викладачами економічних дисциплін використовується програма Discord. (<https://discordapp.com>) Discord – безкоштовний голосовий та текстовий чат, який працює як на комп’ютері, так і на смартфоні. Зручно організувати прямий ефір, можна демонструвати свій екран(презентацію, відео і т.д)

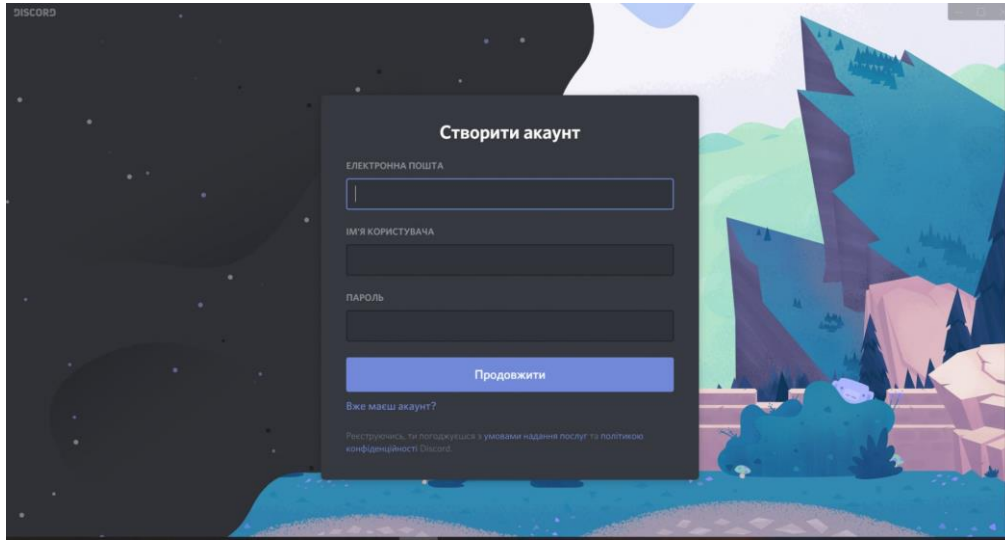
ТРИ КРОКИ! ПОЧИНАЄМО КОРИСТУВАТИСЬ ПРОГРАМОЮ

1. Перейшовши за посиланням (<https://discordapp.com>), обираємо та завантажуюмо програму на комп’ютер чи відкриваємо її онлайн, у браузері. Найкраще – завантажити Discord на комп’ютер, натиснувши “Завантажити для Windows”.



Так програма надає більше можливостей. Утім, за потреби, завантажити додаток можна й на телефон: тут – для Android, тут – для iPhone.

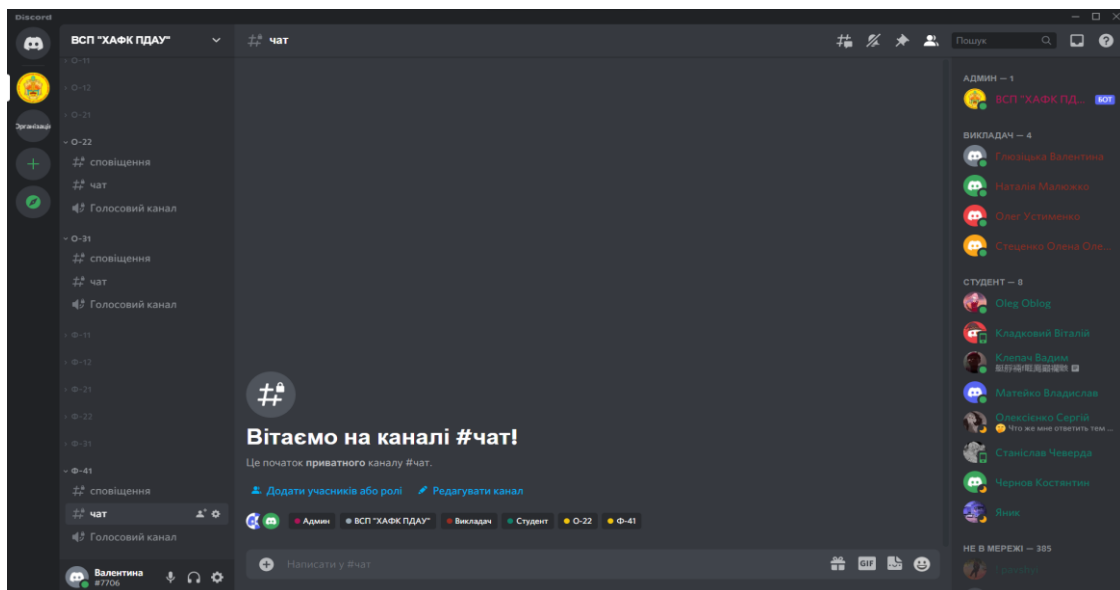
2. Після того, як ми завантажили програму, треба зареєструватись. Вказуємо свою електронну пошту, ім’я та пароль і тиснем “продовжити”.



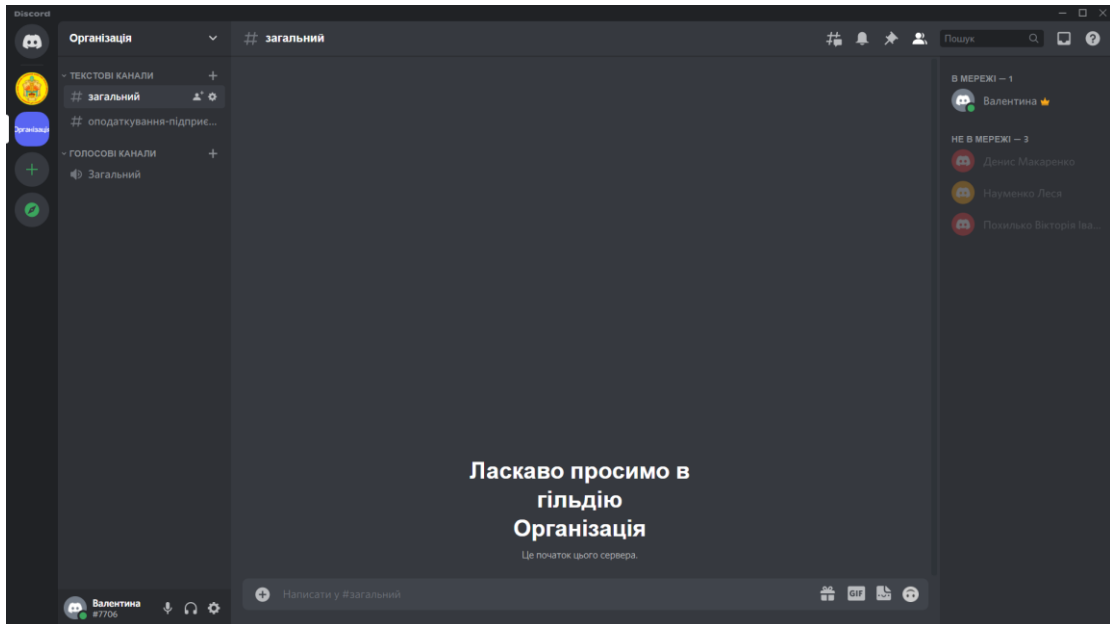
3. За кілька хвилин нам на пошту прийде лист із посиланням. Натискаємо кнопку “Підтвердити електронну адресу”, підтвердять, що ви – не робот, – і вас автоматично спрямує до програми чи додатку, який ви вже завантажили. Для студентів Хорольського коледжу створене посилання по якому вони заходять і спілкуються індивідуально при вивченні дисципліни та написанні курсової роботи

П'ЯТЬ КРОКІВ, ЩОБ СТВОРИТИ ЧАТИ

1. Чати у Discord називаються серверами. Створюємо такий сервер, натиснувши на зелений плюс, що розташований ліворуч. Тоді у нас на екрані з'явиться іконка з пропозицією створити сервер або долучитися до сервера, який уже є. Якщо ви створюєте новий сервер, то система запропонує вам його назвати. Опісля – створюємо посилання, яким ви можете ділитись із людьми, яких хочете запросити до цього чату.



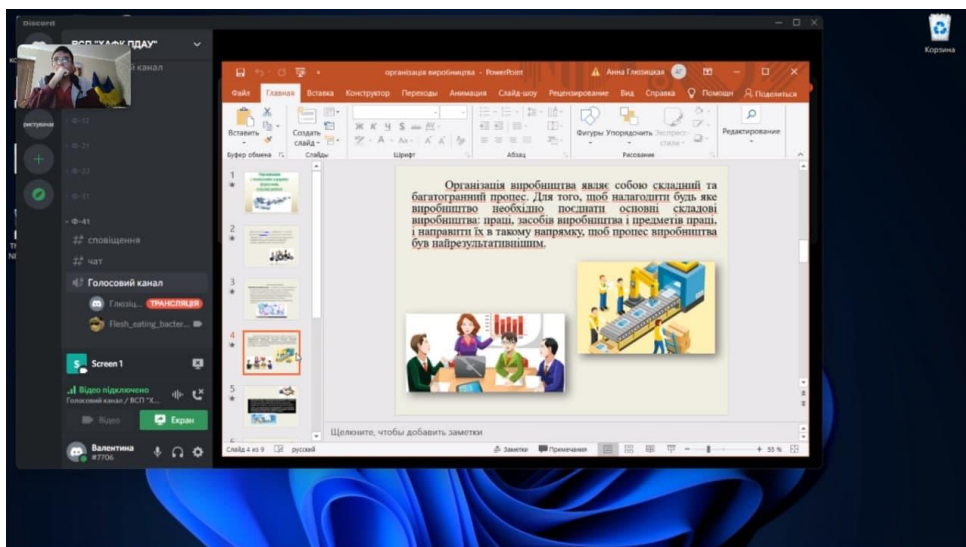
2. За замовчуванням ліворуч у вас з'являться два канали зв'язку: #загальний – для текстових повідомлень і “загальний” зі знаком звуку – для відео та аудіозв'язку. Ці канали створені для того, аби всі користувачі могли тут спілкуватися з допомогою того чи іншого каналу зв'язку.



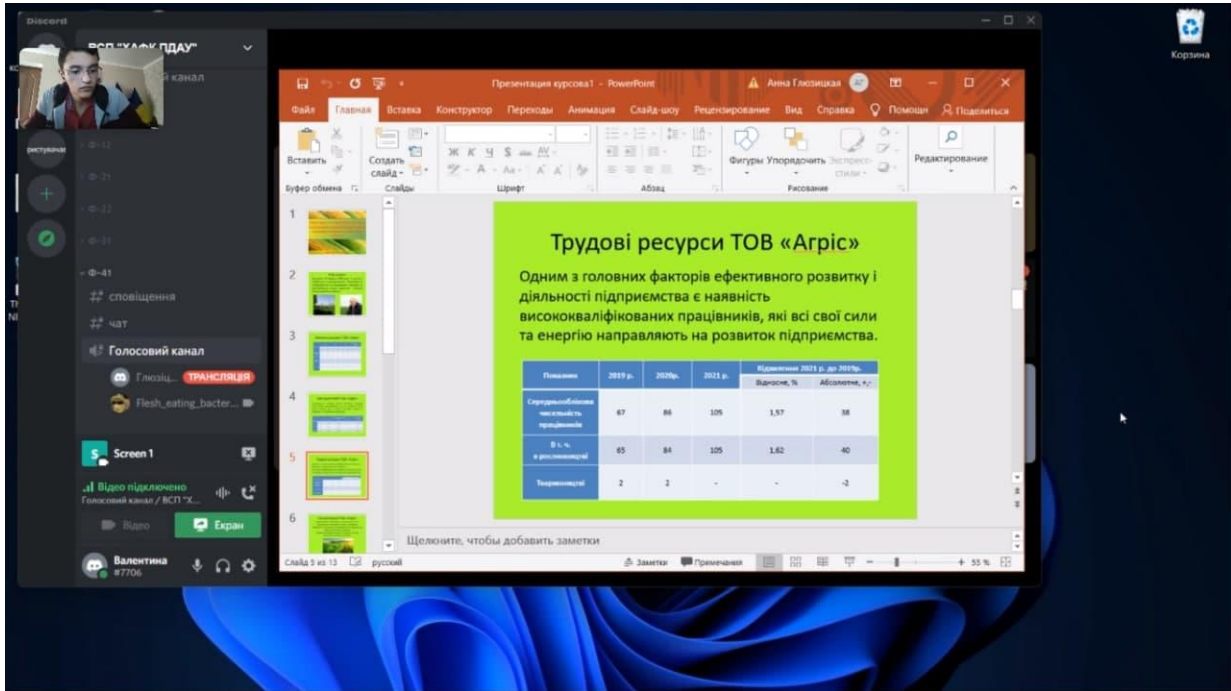
3. Додавати тематичні канали зв'язку можна, натискаючи “+” біля позначки “голосові канали” або “текстові канали”. У такий спосіб можна створювати тематичні діалоги і спілкуватись у них тільки за темою.

4. Натиснувши кнопку налаштувань біля кожного окремого каналу, можна написати опис, про що йтиметься в цьому діалозі. А ще там можна видалити канал.

5. Запрошувати учасників до конкретного каналу можна, натискаючи на “+” біля назви каналу. Запросивши учасників до гільдії «Організація» ви проводите пряме спілкування та вирішення всіх поставлених питань по практичній чи по задачі з дисципліни.



Обговорення трудових ресурсів та їх аналіз



Отже : навчально-інформаційний портал надає можливість студентам ознайомитися з навчальними матеріалами відповідних курсів (текст, відео, презентація лекційного матеріалу, завдання до семінарських(практичних/лабораторних) занять та електронний посібник), виконати практичне/лабораторне завдання, курсову роботу та відправити його на перевірку, пройти тестування тощо.

Науковий прогрес рухається із шаленою швидкістю, прогресивні країни світу поступово діджиталізуються, тому нам так само потрібно оновлюватися та рухатися вперед.

Працюючи та навчаючись дистанційно – дбаємо про життя і здоров'я кожного з нас!

ЛІТЕРАТУРА

1. <https://discord-ms.ru/instruktsii>
2. <https://uk.wikipedia.org/wiki/Discord>

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ТРАВМ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ

Бабій Ірина

Вінницький інститут Університету «Україна»,

м.Вінниця

Куц Олександра Олександрівна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця

Зважаючи на складність своєї анатомічної будови і біомеханіки колінний суглоб серед усіх великих суглобів пошкоджується найбільш часто і має схильність до значного ризику посттравматичних ускладнень. Більше 70 % кістково-м'язових уражень припадає саме на колінний суглоб [4]. Результати здійсненого у ході дослідження теоретичного аналізу свідчать про неспинне зростання кількості випадків травми передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба до 80-85 випадків на 100 000 чоловік, особливо серед молоді [3]. Велике значення в розробці методів лікування пошкоджень ПХЗ мають артроскопічні оперативні втручання, а найбільш прогресивним методом відновлення її функції, на сьогодні, є реконструкція [1]. Такі операції дозволяють не лише зберегти нормальну біомеханіку колінного суглоба, але й запобігти ранньому розвитку посттравматичного гонартрозу [2]. При цьому кількість оперативних втручань з приводу пластики передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба становить 34 на 100 000 населення [4].

До сих пір немає єдиної думки про терміни відновлення зв'язок. Незважаючи на заклики деяких травматологів [1] проводити оперативне відновлення пошкоджених зв'язкових структур якомога раніше, інші автори [3] рекомендують активне оперативне втручання вже при хронічній нестабільності колінного суглоба. Відтворення багатофункціонального, складного за будовою зв'язкового апарату колінного суглоба є актуальною проблемою сучасної травматології та ортопедії. При відновленні хрестоподібних зв'язок застосовуються внутрісуглобні, позасуглобні і комбіновані оперативні втручання з використанням ауто-, алло, і синтетичних матеріалів [4]. Взяття у якості ауто трансплантату сухожилля напівсухожилкового і ніжного м'язів призводить до додаткового пошкодження стабілізуючого апарату колінного суглоба. Необхідність тривалих термінів іммобілізації для досягнення зрощення і перебудови сухожилкової тканини призводить до атрофії м'язів стегна, гомілки, обмеження обсягу рухів в колінному суглобі внаслідок артрофіброза, що вимагає додаткового і тривалого

реабілітаційного лікування [1]. До переваг алопластики можна віднести відсутність донорської рани і всіх пов'язаних з цим ускладнень, скорочення часу оперативного втручання і зниження його травматичності, варіабельність розмірів [1,2]. До загальних недоліків застосування ауто- і алотрансплантантів відноситься також прогнозоване ослаблення тканин після імплантації внаслідок некрозу, реваскуляризації, яка слідує за частковою резорбцією трансплантанту зв'язки. Ослаблення тканин починається через 2 - 3 тижні після операції, коли починається реваскуляризація і триває 9 - 12 місяців, поки не завершиться процес клітинного заселення і ремоделювання, що призводить до міцності тканин, близької до нормальної міцності хрестоподібних зв'язок. В цьому часовому проміжку трансплантат зв'язки залишається відносно уразливим до зайвого навантаження, що вельми актуально при активній реабілітації в післяопераційному періоді [2]. Необхідність тривалих термінів іммобілізації веде до розвитку ряду патофізіологічних процесів, що призводять до зниження кровотоку і розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів у м'язах і тканинах кінцівки. М'язи втрачають здатність скорочуватися, зменшується їх еластичність. Волокна сухожилля втрачають свою прямолінійність, коротшають. Між сухожиллями і листками сухожильних піхв утворюються спайки. Гіаліновий хрящ стоншується, заміщається волокнистим хрящем і кісткою. З синовіальної оболонки в порожнину суглоба востає сполучна тканина - паннус. Суглобова капсула зморщується, трансформується в сполучну тканину, утворюється фіброзний анкілоз [1]. При тривалій іммобілізації колінного суглоба виявляються такі закономірності: три тижні його фіксації викликає зниження обсягу чотириголового м'яза стегна на 2 %, відновлення її обсягу вимагає 6 тижнів, 12 тижнів викликає зниження обсягу чотириголового м'яза на 9%, для відновлення необхідно 20 тижнів [1-3]. Зі сказаного випливає, що лікування хворих з внутрішньосуглобовими ушкодженнями необхідно проводити з обов'язковим урахуванням анатомофункціональних особливостей, використовувати методи раннього і повноцінного відновлення пошкоджених структур суглоба, прагнути до підбору відновлювальних операцій, що не вимагають іммобілізації суглоба.

Лікувальна дія фізичних реабілітаційних вправ здійснюється за рахунок основних механізмів: тонізуючого впливу фізичних вправ, трофічної дії фізичних вправ, механізму формування тимчасових та постійних компенсацій і механізму нормалізації функцій колінного суглобу [2,4]. Існуючі комплекси фізичної реабілітації при повному розриві зв'язок колінного суглобу цих хворих ще не повністю досконалі та повні, тому пошук нових комплексних програм фізичної реабілітації цих хворих є актуальною проблемою, яка потребує наукового вирішення. У зв'язку з цим, подальші дослідження з цієї тематики мають певні перспективи. Оцінка клінічного стану хворих із ушкодженням ПХЗ традиційно проводиться з обліком двох основних факторів: больових відчуттів і функціональних можливостей ураженого суглоба й нижніх кінцівок у цілому. Для об'єктивної оцінки клініко-функціонального статусу пацієнтів

запропоновані численні клінічні, біомеханічні й електроміографічні методики. Однак жодна з них не дозволяє одержати подання про те, наскільки травма обмежує життєдіяльність хворого. Одним з нових критеріїв ефективності лікування, що одержали в останні 25 роки широке поширення, є дослідження показників якості життя [2,4].

Велике значення для відновлення функції суглоба має раннє призначення лікувальної гімнастики, масажу і фізіотерапії. Після операції 29 інструктори з фізичної реабілітації навчають пацієнтів стандартної реабілітаційної програми, що включає ізометричні скорочення м'язів, пасивну мобілізацію надколінка, активні рухи стопою. З метою розробки рухів в колінному суглобі, профілактики розвитку артрофіброза рекомендується застосовувати вправи з відкритим кінематичним ланцюгом, в тому числі з обтяженням.

Крім того, для професійних спортсменів необхідна ще одна фаза - повернення до спортивних навантажень, а для хворих з значними функціональними порушеннями та ушкодженнями - передопераційна фаза. Тривалість фаз буде не однакою після різних ушкоджень та типів оперативного лікування, але загальна тенденція однакова [2].

Література:

1. Никаноров А. К. Физическая реабилитация спортсменов с повреждением передней крестообразной связки коленного сустава (на примере игровых видов спорта): [монография] / А. К. Никаноров. – К. : Командитне Товариство «Забеліна–Фільковська Т.С. і компанія Київська нотна фабрика», 2015. – 304 с.
2. Ніканоров О. К. Застосування засобів фізичної реабілітації у спортсменів ігрових видів спорту після реконструкції передньої схрещеної зв'язки (на прикладі дослідження тонусу чотириголового м'яза стегна) / О. К. Ніканоров // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2014. – № 1. – С. 61–65.
3. Ніканоров О. К. Особливості порушення рухової функції колінного суглоба при ушкодженні передньої хрестоподібної зв'язки та роль засобів фізичної реабілітації в її відновленні / О. К. Ніканоров // Молодіж. наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фіз. виховання і спорт. – 2015. – Вип. 18. – С. 158–162.
4. Париш Мохаммад Реза. Особенности повреждения передней крестообразной связки коленного сустава у футболистов / Париш Мохаммад Реза, А. К. Никаноров // Физ. воспитание студ. – 2012. – № 2. – С. 78–81.

ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЯ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Бондар Любов

Вінницький інститут Університету «Україна»,

м.Вінниця

Куц Олександра Олександрівна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ішемічна хвороба серця (ІХС) посідає основне місце серед причин смертності дорослого населення у світі. Упродовж останніх років у США та Євросоюзі смертність від ІХС значно знизилася, проте в країнах Східної Європи з низьким і середнім рівнем доходів такої тенденції не виявлено. До основних і найнебезпечніших проявів ІХС відносять саме гострий коронарний синдром (ГКС), приблизно 20% випадків якого завершуються інфарктом міокарда [2]. Важливим є організація системи діагностики і доставки пацієнтів з ГКС в спеціалізовані клініки в максимально ранні строки від початку симптомів. Гострий інфаркт міокарда є найважчим проявом ІХС та причиною понад 2,4 млн смертей у США, більше 4 млн летальних випадків в Європі та Північній Азії. Ефективність лікування при ІМ одночасно залежить, як від швидкого відновлення кровотоку по інфаркт-залежній коронарній артерії, так і від усунення важких гемодинамічних розладів в гострому періоді, що потребує суворого дотримання вимог діагностики ураження та відновлення інотропної функції лівого шлуночка [2,5].

Фізичні вправи на етапі стаціонару мають велике значення не тільки для відновлення фізичних можливостей хворих на інфаркт міокарда, але важливі як засіб психологічної дії, що вселяють у хворого віру в одужання і здатність повернутися до праці та в суспільство. Тому, чим раніше і з урахуванням індивідуальних особливостей захворювання почнуться заняття лікувальною гімнастикою, тим кращим буде загальний ефект. Фізична реабілітація на стаціонарному етапі спрямована на досягнення такого рівня фізичної активності хворого, при якому він міг би обслуговувати себе, піднятися на один поверх по сходинках і здійснювати прогулянки до 2–3 км у 2–3 прийоми протягом дня без істотних негативних реакцій. Завдання ЛФК на першому етапі передбачають: – профілактику ускладнень, пов'язаних з ліжковим режимом (тромбоемболія, застійна пневмонія, атонія кишечника та ін.); – поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи (в першу чергу тренування периферійного кровообігу при щадному навантаженні на міокард); – створення позитивних емоцій і тонізуючої дії на організм; – тренування ортостатичної стійкості і відновлення простих рухових навиків. На стаціонарному етапі реабілітації залежно від тяжкості перебігу захворювання всіх хворих на

інфаркт поділяють на 4 класи. В основу цього поділу хворих покладені різні види поєднань таких основних показників особливостей перебігу захворювання, як величина та глибина ІМ, наявність і характер ускладнень, вираженість коронарної недостатності[2,4].

Активізація рухової активності і характер ЛФК залежать від класу тяжкості захворювання. Програма фізичної реабілітації хворих на ІМ на лікарняному етапі будується з урахуванням приналежності хворого до одного з 4-х класів тяжкості стану. Клас тяжкості визначають на 2–3-й день хвороби після ліквідації больового синдрому і таких ускладнень, як кардіогенний шок, набряк легенів, важкі аритмії. Ця програма передбачає призначення хворому того або іншого характеру побутових навантажень, методика занять лікувальною гімнастикою і допустиму форму проведення дозволя[1,2,3].

Ступінь 1 охоплює період перебування хворого на ліжковому режимі. Фізична активність в об'ємі підступеня «а» допускається після ліквідації больового синдрому і важких ускладнень гострого періоду і зазвичай обмежується терміном в добу. З переходом хворого на підступінь «б» йому призначають комплекс

ЛГ № 1. Основне призначення цього комплексу – боротьба з гіпокінезією в умовах ліжкового режиму і підготовка хворого до можливо раннього розширення фізичної активності. Лікувальна гімнастика грає також важливу психотерапевтичну роль. Після початку занять ЛГ і вивчення реакції хворого на неї (пульс, самопочуття) проводиться перша спроба посадити хворого в ліжку, звисивши ноги, за допомогою інструктора ЛФК на 5–10 хв 2–3 рази на день. Хворому роз'яснюють необхідність суворого дотримання послідовності рухів кінцівок і тулуба при переході з горизонтального положення в положення сидячи. Інструктор або медсестра допомагають хворому сісти і опустити ноги з ліжка та проконтролювати реакцію хворого на дане навантаження. Лікувальна гімнастика включає рухи в дистальних відділах кінцівок, ізометричну напругу великих м'язових груп нижніх кінцівок і тулуба, статичне дихання. Темп виконання рухів повільний, підпорядкований диханню хворого. Після закінчення кожної вправи передбачається пауза для розслаблення і пасивного відпочинку. Вони складають 30–50 % часу, що витрачається на все заняття. Тривалість заняття 10–12 хв. Під час заняття слід стежити за пульсом хворого. При збільшенні частоти пульсу більш ніж на 15–20 ударів роблять тривалу паузу для відпочинку[2,4].

Через 2–3 дні успішного виконання комплексу можна проводити його повторно у другій половині дня. Критерії адекватності даного комплексу ЛГ: – прискорення пульсу не більше, ніж на 20 ударів; дихання не більше, ніж на 6–9 дих/хв; – підвищення систолічного тиску на 20–40 мм рт. ст., діастолічного – на 10–12 мм рт. ст. або ж уповільнення пульсу на 10 уд/хв, зниження АТ не більш, ніж на 10 мм рт. ст.

Ступінь 2 включає об'єм фізичної активності хворого в період палатного режиму до виходу його в коридор. Перехід хворих на 2-й ступінь здійснюється відповідно до терміну хвороби і

класу тяжкості. Спочатку на ступені активності 2А хворий виконує комплекс ЛГ №1 лежачи на спині, але число вправ збільшується. Потім хворого переводять на підступінь «б», йому дозволяють ходити спочатку навколо ліжка, потім по палаті, їсти, сидячи за столом.

Хворому призначається комплекс ЛГ №2. Основне призначення комплексу №2: попередження наслідків гіподинамії, щадне тренування кардіореспіраторної системи; підготовка хворого до вільного пересування по коридору і по сходах. Темп вправ, що виконуються сидячи, поступово збільшується, рухи в дистальних відділах кінцівок замінюються рухами в проксимальних відділах, що залучає до роботи більші групи м'язів. Після кожної зміни положення тіла слід пасивно відпочивати. Тривалість занять 15–17 хв. На підступені 2Б хворий може проводити ранкову гігієнічну гімнастику з деякими вправами комплексу ЛГ №2, хворому дозволяються тільки настільні ігри (шашки, шахи та ін.), малювання, вишивання. Відповідно до вказаних в 46 табл. 3 термінів і при хорошій переносимості навантажень ступеню 2Б хворого переводять на 3-й ступінь активності. У хворих віком 61 рік і старше або які страждали до ІМ артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом (незалежно від віку) або які вже раніше перенесли ІМ (також незалежно від віку) зазначені терміни подовжуються на 2 дні. Ступінь 3 включає період від першого виходу хворого в коридор до виходу його на прогулянку на вулицю. Основні завдання фізичної реабілітації на цьому ступені активності: підготовка хворого до повного самообслуговування, до виходу на прогулянку на вулицю, до дозованої ходьби в тренуючому режимі. На підступені 3А хворому дозволяють виходити в коридор, користуватися загальним туалетом, ходити по коридору (від 50 до 200 м у 2–3 прийоми) повільним кроком (до 70 кроків за 1 хвилину). ЛГ на цьому підступені проводять, використовуючи комплекс вправ № 2, але кількість повторень кожної вправи поступово збільшується. Заняття проводяться індивідуально або малогруповим методом з урахуванням індивідуальної реакції кожного хворого на навантаження. При адекватній реакції на навантаження підступеню 3А хворих переводять на режим підступеню 3Б. Їм дозволяють прогулянки по коридору без обмеження відстані і часу, вільний режим в межах відділення, повне самообслуговування, миття під душем. Хворі засвоюють підйом спочатку на проліт сходів, а потім на поверх. Цей вид навантаження вимагає ретельного контролю і здійснюється у присутності інструктора ЛФК, який визначає реакцію хворого по пульсу, АТ і самопочуттю.

На підступеню Б значно розширюється об'єм тренуючого навантаження. Хворому призначають комплекс ЛГ № 3. Основні завдання ЛГ – підготувати хворого до виходу на прогулянку, до дозованої тренувальної ходьби і до повного самообслуговування. Виконання комплексу вправ сприяє щадному тренуванню серцево-судинної системи. Темп виконання вправ повільний з поступовим прискоренням. Загальна тривалість заняття – 20–25 хв.

Хворим рекомендується самостійно виконувати комплекс ЛГ №1 у вигляді ранкової гімнастики або в другій половині дня. При хорошій реакції на навантаження ступеня активності

ЗБ хворих переводять на рівень навантажень 4А підступеню відповідно до термінів, Початок ступеня активності 4 знаменується виходом хворого на вулицю. Перша прогулянка проводиться під контролем інструктора ЛФК, який вивчає реакцію хворого. Хворий здійснює прогулянку на дистанцію 500–900 м у 1–2 прийоми з темпом ходьби 70, а потім 80 кроків за 1 хв.

На ступені активності 4 призначається комплекс ЛГ №4. Основні завдання ЛГ №4 – підготувати хворого до переведення в місцевий санаторій для проходження другого етапу реабілітації або до виписки додому під нагляд дільничного лікаря. На заняттях використовують рухи у великих суглобах кінцівок з поступовим збільшенням амплітуди і зусиллям, а також для м'язів спини і тулуба. Темп виконання вправ середній для рухів, не пов'язаних з вираженим зусиллям, і повільний для рухів, що вимагають зусиль. Тривалість занять до 30–35 хв. Паузи для відпочинку обов'язкові, особливо після виражених зусиль або рухів, які можуть викликати запаморочення. Тривалість пауз для відпочинку 20–25 % тривалості всього заняття. Особливу увагу слід звертати на самопочуття хворого і його реакцію на навантаження[2,4].

Література:

1. Пархотик І. Сучасні наукові підходи реабілітації кардіологічних хворих / І. Пархотик. // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2015. – №2. – С. 115–119.
2. Сухан В. С. Лікувальна фізична культура при захворюваннях серцево-судинної системи (методичні рекомендації) / В. С. Сухан, Л. В. Дичка, О. С. Блага. – 2014. – с. 62.
3. Клименко В. І. Актуальні питання організації медичної реабілітації кардіологічних хворих у сучасних умовах / В. І. Клименко, І. М. Денисенко. // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №2. – С. 79–83.
4. Корчинський В. С. Кардіореабілітація: сучасний стан та пріоритети розвитку / В. С. Корчинський. // Вісник вінницького національного медичного університету. – 2015. – №1. – С. 244–247.
5. Коваленко В.М. Проблеми здоров'я і тривалості життя в сучасних умовах. / Коваленко В. М., Корнацький В. М. – 2017. – 298 с.9. Швед М.І. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда / Швед М.І., Левицька Л. В. – Київ. – 2013.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІНСУЛЬТАХ

Корнійчук Кирило

**Вінницький інститут Університету «Україна»,
м.Вінниця**

Куц Олександра Олександрівна

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м.Вінниця**

Романенко Олександр Іванович

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м.Вінниця**

Питаннями відновлення рухових функцій в хворих, які перенесли мозковий інсульт, займалися багато вітчизняних та зарубіжних дослідників. Однак проблема реабілітації хворих з руховими порушеннями залишається недостатньо вивченою. В ряді вітчизняних методик відновного лікування хворих не враховуються сучасні дані про механізми побудови руху та вироблення стійкої рухової навички, не конкретизовані методи фізичної реабілітації хворих в окремому періоді захворювання. До теперішнього часу не визначені терміни призначення різних засобів відновного лікування при різних за характером та важкості мозкових інсультів, не визначено механізмів відновлення втрачених функцій, відсутні чіткі критерії оцінки ступеню рухових порушень та ефективності фізичної реабілітації, до кінця не встановлено ролі чинників, які впливають на процес відновлення втрачених функцій[1,3].

Існує три основних види інсульту: ішемічний інсульт, внутрішньомозковий і субарахноїдальний крововилив.

Внутрішньомозковий нетравматичний (не у всіх класифікаціях), підболоноквий крововилив належить до геморагічного інсульту. За даними міжнародних досліджень, співвідношення ішемічного й геморагічного інсультів складає в середньому 4:1 –5:1 (80–85%) і (15–20%)[2,4].

Ішемічний інсульт, або інфаркт мозку найчастіше виникає у хворих старших за 60 років, які мають в анамнезі інфаркт міокарду, порушення серцевого ритму і провідності, ревматичні пороки серця, цукровий діабет. Велику роль у розвитку ішемічного інсульту відіграють зміни реологічних властивостей крові, патологія магістральних артерій. Характерним є розвиток недуги в нічний час без втрати свідомості.

Ішемічний інсульт найчастіше розвивається за звуження або оклюзії артерій, які кровопостачають головний мозок. Його поділяють на атеротромботичний, кардіоемболічний, гемодинамічний, лакунарний і інсульт по типу гемореологічної мікрооклюзії [1].

Атеротромботичний інсульт виникає на фоні атеросклерозу церебральних артерій великого або середнього калібру. Цей вид інсульту розвивається ступенеподібно, з наростанням симптоматики протягом декількох годин або діб, часто дебютує під час сну, нерідко є наслідком транзиторних ішемічних атак. Розміри вогнища ішемічного інсульту варіюють в широких межах.

Кардіоемболічний інсульт виникає за повної або часткової закупорки емболом артерії мозку[1].

Найчастіше причинами інсульту є кардіогенні емболії при клапанних пороках серця, ревматичні й бактеріальні ендокардити, при інших ураженнях серця, які супроводжуються утворенням в його порожнинах пристінних тромбів. Часто емболічний інсульт розвивається внаслідок пароксизму миготливої аритмії. Початок такого інсульту, як правило, раптовий, у стані бадьорості людини.

У дебюті захворювання найбільш виражений неврологічний дефіцит. Найчастіше інсульт локалізується в ділянці кровопостачання середньої мозкової артерії, розмір вогнища середній або великий, характерним є геморагічний компонент. В анамнезі можливі емболії інших органів[1,2,3,5].

Революційні зміни у діагностиці та лікуванні інсульту за останні десятиріччя суттєво вплинули на стратегію надання допомоги хворим з гострими судинно-мозковими ураженнями. У структурі гострих порушень мозкового кровообігу основна частка належить ішемічному інсульту. Нова концепція у лікуванні ішемічного інсульту полягає у застосуванні методів реперфузії речовини головного мозку в найгостріший період захворювання завдяки відновленню кровотоку в ураженій судині. Згідно з останніми рекомендаціями Європейської інсультної організації та Американської асоціації інсульту, найбільш ефективним методом терапії при ішемічному інсульті є тромболітична терапія, при якій застосовується рекомбінантний тканинний активатор плазміногену. Проводити тромболітичну терапію необхідно у перші 3 год з моменту захворювання, оскільки пізніше значно збільшується ризик геморагічних ускладнень. Тромболізіс при ішемічному інсульті повинен проводитися тільки в спеціалізованих неврологічних стаціонарах, в умовах нейрореанімації або блоку інтенсивної терапії, за наявності у структурі відділення цілодобових служб нейровізуалізації (комп'ютерної томографії, магнітнорезонансної томографії) [1,3].

Основною проблемою у застосуванні ефективних методів лікування інсультів є несвоєчасна госпіталізація хворих у спеціалізовані відділення, а також відсутність достатньої кількості інсультних відділень [1,5].

Відновлення рухової функції у хворих з мозковим інсультом визначається рівнем дисоціації регуляторних процесів і повинне базуватися на саногенетичних принципах відповідно до етапів постнатального онтогенезу рухової функції людини. Лікувальна гімнастика при мозковому інсульті повинна вирішувати завдання моделювання симетричного фізіологічного ієрархічного контролю за руховою функцією з боку нервової системи, а саме: відновлення статичного, а потім динамічного рухових стереотипів послідовно у всіх вихідних положеннях від горизонтального до вертикального на основі використання керуючого впливу на рухову сферу зі структур спинного мозку, довгастого мозку, середнього та інших відділів мозку.

Література:

1. Белікова Н. О. Тестові завдання з наукових засад професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації / Н. О. Белікова, Л. П. Сущенко. – Київ : Козарі, 2010. – 42 с.
2. Білянський О. Ю. Методика фізичної реабілітації осіб другого зрілого віку після мозкового ішемічного інсульту : метод. посіб. / Білянський О. Ю., Куц О. С. – Дрогобич : Відродження, 2007. – 137 с
3. Верещагин Н. В. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики / Н. В. Верещагин, М. А. Пирадов, З. А. Суслина. – М. : Интермедика, 2002. – 208 с.
4. The Atlas of Heart Disease and Stroke / Mackay, G. Mensach. WHO, 2007 [Electronic source] / Mode access : http://www.who.int/entity/cardiovascular_disease/en/_cva_atlas.
5. Копчак О. О. Особливості постінсультних когнітивних порушень у пацієнтів з метаболічним синдромом / О. О. Копчак // Міжнародний неврологічний журнал. – 2012. – № 3 (49). – С. 88–95.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

Мельничук Олена Василівна

**Вінницький інститут Університету «Україна»,
м.Вінниця**

Науковий керівник:

Куц Олександра Олександрівна

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м.Вінниця**

Серед актуальних питань дитячої неврології провідне місце займає проблема розвитку захворюваності на дитячий церебральний параліч (ДЦП), що досі залишається основною причиною дитячої інвалідності. На жаль, частота захворюваності на ДЦП не має тенденції до зниження, як у всьому світі, так і в Україні [1,2].

Частота захворюваності на ДЦП не має тенденції до зниження, як у всьому світі, так і в Україні. Ключову роль у патогенезі ДЦП відіграють гіпоксичні та ішемічні зміни, особливо в перивентрикулярній ділянці головного мозку, що призводять до патологічних процесів та лейкомаляції з незворотними наслідками. Рухові порушення у більшій частині дітей з ДЦП поєднуються з сенсорними та психічними, що проявляються у вигляді затримки мовлення та загальних емоційно-вольових розладів. Порушення моторної та психічної функції мовлення, в залежності від форми ДЦП, зустрічається у 80 % дітей, в свою чергу затримка психічного розвитку у дітей відзначається в 19–40 %, серед яких розумова відсталість констатується в 13–40 % [2,4].

Фізична терапія грає центральну роль в управлінні дітьми з церебральним паралічем і фокусується на функції, активних рухах і оптимальному використанню потенціалу дитини [1], а її втручання для дітей з ДЦП повинні бути ефективними і економічно вигідними [3]. Фізична терапія використовує фізичні підходи для заохочення, підтримки та відновлення фізичного, психологічного та соціального благополуччя [4]. Порушення функції руху ускладнюють фенотип церебрального паралічу [1]. Вплив м'язової діяльності набуває ще більш важливе значення, оскільки рух є біологічною потребою зростаючого організму. У всіх пацієнтів з церебральним паралічем є певні проблеми у руховій сфері та поставою. Ознаки дитячого церебрального паралічу можуть стати більш очевидними в період зростання дитини [2].

Фізичний розвиток дитини, що страждає на дитячий церебральний параліч, істотно відрізняється від розвитку здорових однолітків [2]. Більшість простих рухів є складним у виконанні для дитини з ДЦП. Недостатність рухової сфери призводить до порушення розвитку

більш складних функцій (зорово-моторна координація, просторовий аналіз і синтез тощо), в основі яких лежить рух [3]. Деякі діти, які страждають на дитячий церебральний параліч, розвиваються майже так само, як і звичайні діти, за винятком відхилень в освоєнні рухових навичок [2, 4].

Однією з ключових проблем дітей із ДЦП є стан соматичного здоров'я [4]. Зокрема, встановлено, що більшість дітей з ДЦП за фізичним розвитком відносяться до низького рівня, а їх показники менші від 10-го центиля. До особливостей відносять те, що не відповідають віку більшою мірою показники маси тіла та окружність голови, а зріст відстає менше. Також наголошують про наявність кореляції між рівнем відставання у фізичному розвитку із ступенем тяжкості ДЦП [1]. Зокрема згадується, що у 3542 % дітей із ДЦП констатують дефіцит маси тіла, ступінь якого корелює з тяжкістю ураження ЦНС [4].

Порушенням моторики носить генералізований, однотипний характер, з рисами спастичного парезу, котрий у рівній мірі стосуються як всієї скелетної мускулатури, особливо м'язів кінцівок, так і м'язів мимічної, жувальної та артикуляційної мускулатури [2].

Більшість методик реабілітації недоношених дітей перш за все спрямовані на медичну реабілітацію та медикаментозне лікування. Алгоритми відновного лікування недоношених дітей в основному прописані для відділень інтенсивної терапії або для лікування в умовах спеціалізованих клінік [1,4]. Початок проведення заходів фізичної реабілітації недоношених дітей на етапі амбулаторного катамнестичного спостереження, а також підходу до реабілітації за нозологічним принципом, обмежує реалізацію принципу цілісного підходу, звужує маневреність в застосуванні всього спектра реабілітаційних заходів [1,4].

Ранній своєчасний і комплексний початок проведення реабілітаційних заходів для дітей різних ступенів недоношеності є запорукою успішного відновного лікування [4].

Застосування силових тренувань при ДЦП, з використанням опору до м'язового скорочення з метою збільшення м'язової сили і анаеробної витривалості нижніх кінцівок, має короткотерміновий ефект для підвищення м'язової сили [9], котре не переноситься на рівень функціонування дитини з ДЦП [4]. Аналогічні результати вказують і для верхньої кінцівки [1,2]. Тому додаткові методи терапії будуть необхідними для отримання функціональних вигод. Проте, наявні дані і про покращення великої моторики, м'язової сили і ефективності ходьби у дітей з легкою спастичною диплегією за рахунок 6-тижневої програми вправ з супротивом [1]

Оскільки ДЦП виникає на початку життя і залишається присутнім протягом всього життя людини, він впливає на всі аспекти розвитку. Сучасне ведення дитини з церебральним паралічем, з метою оптимізації здатності дитини функціонувати, як правило, включає в себе введення багатьох дисциплін, включаючи ерготерапію, котра фокусується на розвитку необхідних для здійснення діяльності в повсякденному житті навичок [1,4].

Сьогодні існує переважаюча тенденція у клінічній практиці стосовно класифікації ДЦП за

функціональною незалежністю, за великою моторною функцією, тонкою моторною функцією, комунікаційними можливостями, особливостям здатності приймати їжу і пити [1,4]. Відтак, актуальності набуває багатогранність та міждисциплінарність у побудові програм та технологій реабілітації дітей з ДЦП, як методичних принципів.

Відповідно до міжнародної практики ерготерапевт сприяє досягненню максимального рівня функціональності та незалежності у всіх аспектах життя людьми з обмеженнями життєдіяльності через певний набір занять та активних реабілітаційних технологій. Важливість рівня функціонування за Міжнародною класифікацією функціонування та використання її філософії у побудові програм реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії для дітей з ДЦП підкреслюється дослідженнями [1,3].

Очевидно, що діти з церебральним паралічем можуть мати дуже суттєві проблеми, але майже у всіх є потенціал, щоб вчитися, досягати успіхів і створити максимально можливе щасливе життя для себе. Це не може відбутися без зусиль, і вони потребують допомоги спеціалістів та своїх сімей. Народження дитини з церебральним паралічем приносить багато проблем. Батьки і рідні брати і сестри дитини з церебральним паралічем можуть мати значний стрес. Батьки можуть мати почуття провини, гнів, тривогу або безнадійність, а також відчувати себе самотнім і невпевненим у аспекті того, що він або вона повинні робити [1, 2].

Відповідно до дослідження [3, 4] включення музикотерапії як компоненти фізичної реабілітації дозволило позитивно вплинути на емоційний стан дітей з ДЦП після занять та під час. Зазначається, що функціональна музична терапія зі складними структурами або зі словами відволікає від занять. Підвищують настрій та покращують активність дітей пісні швидкого темпу, але вони відволікають від чіткого виконання поставлених задач тому, доцільне використання можливе після комплексу, або коли точність рухів менш важлива за активність. Окрім того спеціально підібрані музичні твори позитивно впливають на сконцентрованість, покращують гармонізацію, активують обидві півкулі мозку на певній частоті.

Занурення під воду протипоказані дітям з гіпоксичним ураженням головного мозку, гідроцефалією та підвищеним внутрішньочерепним тиском. Якщо заняття з плавання на деякий час були перервані продовження відбувається так, як би до них приступили вперше. Бажано уникати потрапляння води в рот, затікання в вуха та ніс [1,2].

Література:

1. Василенко Є. В. Фактори, що обумовлюють процес фізичної реабілітації новонароджених із вродженими захворюваннями опорно-рухового апарату / Є. В. Василенко // Молодь та олімпійський рух : зб. тез доповідей VIII Міжнародн. наук. конфер. молодих учених, присв. 85-річчю НУФВСУ, 10–11 верес. 2015 р. – К., 2015. – С. 339–341.
2. Василенко Е. В. Особенности физической реабилитации недоношенных детей с

поражением опорно-двигательного аппарата, вызванного наследственными заболеваниями скелета / Е. В. Василенко // Здоровьесберегающие технологии, рекреация и реабилитация : матер. VIII Междун. научной конф., посвященной памяти проф. В. П. Зайцева, 23–24 декабря 2015 г. – Харьков, 2015. – С. 5–7.

3. Волянюк Е. В. Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни / Е. В. Волянюк, А. И. Сафина // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6, № 6. – С. 59–61.

4. До питання про стандартизовані підходи до реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / В. Ю. Мартинюк, О. А. Майструк, В. Г. Козачук [та ін.] // Вестник физиотерапии и курортологии. Спецвыпуск. – 2005. – Т. 11. – С.38.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗАХ

Москалюк Світлана

Вінницький інститут Університету «Україна»,

м.Вінниця

Куц Олександра Олександрівна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця

За останні десятиріччя значно зросла кількість хворих на остеохондроз хребта, який за частотою займає перше місце серед всіх дегенеративно-дистрофічних захворювань ОРА [1,3]. Із загальної кількості випадків тимчасової непрацездатності 70% припадає на різні прояви остеохондрозу. Біля 10% хворих з цією патологією стають інвалідами [5]. Кількість таких хворих прогресивно збільшується з віком, оскільки паралельно з дегенеративно-деструктивними змінами відбувається погіршення структурно-функціонального стану кісткової тканини, що є особливо актуальним для населення України, зважаючи на напружену демографічну та екологічну ситуацію [1, 4].

Останнім часом глибше вивчено суть патологічного процесу при остеохондрозі хребта [3].

Нерідко спостерігаються розбіжності в поясненні різноманітних неврологічних проявів остеохондрозу хребта. Чітко не визначено також, хто повинен лікувати хворого – ортопед чи нейрохірург. Немає єдиної методики лікування. Все це призводить до симптоматичного лікування, що не дає бажаного ефекту [5]. Система реабілітаційного лікування пацієнтів із неврологічними проявами захворювання потребує удосконалення.

На жаль, в Україні досить часто єдиним методом лікування клінічних проявів остеохондрозу хребта є мануальна терапія, яка проводиться без попереднього належного обстеження хворого, що у пацієнтів літнього та старечого віку нерідко призводить до переломів хребців внаслідок грубих маніпуляцій на тлі обумовленого віком зниження мінеральної щільності кісток скелета [3, 4]. Існуючі системи лікування остеохондрозу хребта є недосконалими і в більшості своїй не враховують структурно-функціонального вікового стану кістково-м'язової системи у цих хворих [1,4]. Останні роки використовується методика оцінки типу старіння опорно-рухового апарату, що дає змогу поліпшити діагностику та підвищити ефективність лікувально-профілактичних заходів у хворих з патологією кістково-м'язової системи [4]. Однак, незважаючи на це, на сьогоднішній день не вивчені особливості старіння ОРА у хворих з остеохондрозом залежно від типу клінічних проявів (нейро-рефлекторних чи компресійно-корінцевих), віку та статі.

Фізична культура грає провідну роль у профілактиці остеохондрозу хребта, а лікувальна фізична культура має велике значення для лікування таких хворих. Вибір комплексу лікувальних дій ґрунтується на диференційованому підході до тактики лікування залежно від стадії захворювання, вираженості больового синдрому, характеру та ступеня неврологічних розладів, причин порушення працездатності. Дані останніх років про ефективність лікування та профілактики при остеохондрозі хребта показали, що за допомогою комплексного підходу до фізичної реабілітації можна не лише чинити опір остеохондрозу, але й успішно його лікувати. Питання лише у тому, які дії й їх поєднання раціональніше використовувати при тій або іншій формі захворювання залежно від клінічних проявів остеохондрозу[1,2,4].

Заняття за системою Джозефа Пілатеса впливає на розвиток таких фізичних якостей, як сила і гнучкість, тонізують м'язи, розвивають рівновагу, покращують статуру, надаючи м'язам більш подовжену форму, допомагають впоратися з болями в спині, розвивають дихальну систему. Вправи розроблені з акцентом на розвиток м'язової сили, особливо на зміцнення м'язів преса і спини, поліпшення гнучкості і рухливості в суглоба, а також позитивно впливають на психоемоційний стан людей котрі займаються. Все це робить систему тренування Пілатес відмінним інструментом фізичної реабілітації для покращення стану хребта жінок, які мають діагноз остеохондроз попереково – крижового відділу хребта[4,5].

Головна мета фізичної реабілітації хворих з остеохондрозом полягає в нормалізації функції хребетного стовпа і попередженні подальшого прогресування денеративно - дистрофічних процесів. У зв'язку з цим можна позначити основні завдання фізичної реабілітації: відновити рухливість хребцево- рухового сегменту і всього хребта, зміцнити м'язи спини і черевного преса, поліпшити крово- і лімфообіг в ураженому сегменті, нормалізувати поставу[4].

Комплексне використання удосконалених елементів лікувального масажу, вправ на дошці Євмінова та комплексу лікувальної гімнастики статико-динамічних вправ значно підвищило ефективність реабілітації як при початкових, так і при клінічно виражених неврологічних проявах вертебрального остеохондрозу. Аналіз безпосередніх результатів лікування довів, що комплексна система більш ефективно приводить до зникнення або зменшення больового та міотонічного синдромів, поліпшення функціонального стану хребта, стану психоемоційної сфери, підвищення якості життя пацієнтів

Література:

1. Авраменко О. М. Механотерапія у відновному лікуванні хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта / О. М. Авраменко // Слобожанський науково-спортивний вісник : [наук.-теор. вісн.] – Харків : ХДАФК, 2013. – № 5. – С.16-18
2. Бывальцев В.А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации / В.А. Бывальцев,

Е.Г. Белых, Н.В. Алексеева, В.А. Сороковиков. – Иркутск: ФГБУ "НЦРВХ" СО РАМН, 2013. – 32 с.

3. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В. А. Епифанов, А.В. Епифанов. - М.:МЕДпресс-Информ, 2004. – 272 с.

4. Зайцев В. П. Влияние комплексной психокорреляции на динамику болевого синдрома и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника / [В. П. Зайцев, О. Г. Тюрина, Т. А. Айвазян] // Терапевт. арх. – 2003. – Т. 75, № 8. – С. 55–58.

5. Робинсон Л. Пилатес для профилактики и снятия болей в области спины / Л. Робинсон, Х.Фишер, П. Масси – Минск : ООО «Попурри», 2005. – 256 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Панасюк Віталій

Вінницький інститут Університету «Україна»,

м.Вінниця

Куц Олександра Олександрівна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця

Сучасна медицина і сучасні методи відновного лікування ґрунтуються на принципах реалізації можливостей людського організму [1,2]. Адаптаційні можливості, використання внутрішніх резервів – це ті шляхи, якими фізична реабілітація здійснює відновлення фізичних функцій організму, а у випадках важких уражень допомагає знизити ступінь ураження і соціалізувати пацієнта [2,4].

Особливе місце в науковій літературі і практиці посідає застосування методів фізичної реабілітації в ранньому дитячому віці [2]. Вплив, за допомогою методів фізичної реабілітації, на організм дитини в період активного фізіологічного формування органів та систем і становлення рухових функцій виводить на якісно інший, позитивний рівень розвитку всього організму [1].

Більшість методик реабілітації недоношених дітей перш за все спрямовані на медичну реабілітацію та медикаментозне лікування. Алгоритми відновного лікування недоношених дітей в основному прописані для відділень інтенсивної терапії або для лікування в умовах спеціалізованих клінік [1,4]. Початок проведення заходів фізичної реабілітації недоношених дітей на етапі амбулаторного катамнестичного спостереження, а також підходу до реабілітації за нозологічним принципом, обмежує реалізацію принципу цілісного підходу, звужує маневреність в застосуванні всього спектра реабілітаційних заходів [1,4].

Ранній своєчасний і комплексний початок проведення реабілітаційних заходів для дітей різних ступенів недоношеності є запорукою успішного відновного лікування [4].

При наявності деформацій викликаних ураженням нервової системи виконувались корекційні укладання недоношеної дитини, фіксуючи її положення за допомогою різноманітних засобів утяžilіння (мішечки з наповнювачем, шийний-коректор). При ортопедичних патологіях (дисплазії, клишоногість) – коригуючі пов'язки чи гіпсові шини, комірць Шанца, профштанці тощо [3].

У домашніх умовах виконувалися процедури методик «Мама-кенгуру», метод сухої імерсії, для дітей першого та другого ступеня недоношеності при відсутності протипоказань, використовувалась методика поглажувального масажу.

Треба зауважити, що у випадку перебування дитини у реанімаційному відділенні всі реабілітаційні заходи виконуються за призначенням та під наглядом лікарів-фахівців з неонатології та реанімації [2]. Виходячи з фізіологічного стану дитини приймається рішення щодо впровадження заходів фізичної реабілітації, час їх проведення та дозування. При відсутності медичних протипоказань, вирішення в кількості процедур залежить від фізичного та психо-емоційного стану дитини [2,3].

При наявності позитивної динаміки розвитку недоношеної дитини і виписці з лікувальної установи, реабілітаційні заходи проводяться амбулаторно або в домашніх умовах.

Домінують прийоми прогладжування, поверхневого розтирання. Тривалість процедури 5–15 хвилин. Масаж направлений на нормалізацію м'язового тону. При зниженому тонусі масаж має тонізуючу направленість, при патологічно-підвищеному тонусі – розслаблюючий характер. Терапевтичні вправи – пасивні, носять рефлекторний характер. Кількість повторів кожної вправи починаючи з 2–4 доводять до 6–8 разів. Масаж та терапевтичні вправи виконуються одночасно. У разі проведення декількох процедур впродовж дня кількість часу та повторів виконання масажу та ТП зменшується до мінімуму. Під час виконання заходів реабілітації треба уважно стежити за реакцією дитини на застосовані засоби.

Плавання у перші місяці життя дитини широко застосовується у лікувальних закладах, як метод який стимулює обмінні процеси в організмі, позитивно впливає на його нервову, дихальну та серцево-судинну системи. Заняття продовжуються від 5–10 до 20 хвилин. До 12 місяця тривалість занять може наблизитися до 40 хвилин. Особливість занять з недоношеними дітьми у басейні потребує виконання наступним умов:

- температура води повинна бути 37°C;
- температура оточуючого повітря 24–25°C;
- до моменту початку занять маса тіла недоношеної дитини повинна досягати 4 кілограмів;
- дитина повинна позитивно реагувати на дану процедуру.

Заняття плаванням припиняються, якщо дитина перезбуджується, у неї з'являються виражені вегетативні реакції, у виникненні «гусячої шкіри», мраморності, синюшного окрасу, виникає короткочасна зупинка дихання. У зв'язку з доказаним фактом негативного впливу хлорування води на бронхо- легеневу систему дитини, котра провокує захворювання на бронхіоліт, не рекомендується проводити заняття в басейнах з хлормісткими реагентами.

Занурення під воду протипоказані дітям з гіпоксичним ураженням головного мозку, гідроцефалією та підвищеним внутрішньочерепним тиском. Якщо заняття з плавання на деякий час були перервані продовження відбувається так, як би до них приступили вперше. Бажано уникати потрапляння води в рот, затікання в вуха та ніс [1,2].

Література:

1. Василенко Є. В. Фактори, що обумовлюють процес фізичної реабілітації новонароджених із вродженими захворюваннями опорно-рухового апарату / Є. В. Василенко // Молодь та олімпійський рух : зб. тез доповідей VIII Міжнародн. наук. конфер. молодих учених, присв. 85-річчю НУФВСУ, 10–11 верес. 2015 р. – К., 2015. – С. 339–341.
2. Василенко Е. В. Особенности физической реабилитации недоношенных детей с поражением опорно-двигательного аппарата, вызванного наследственными заболеваниями скелета / Е. В. Василенко // Здоровьесберегающие технологии, рекреация и реабилитация : матер. VIII Междун. научной конф., посвященной памяти проф. В. П. Зайцева, 23–24 декабря 2015 г. – Харьков, 2015. – С. 5–7.
3. Воляннюк Е. В. Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни / Е. В. Воляннюк, А. И. Сафина // Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т. 6, № 6. – С. 59–61.
4. До питання про стандартизовані підходи до реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / В. Ю. Мартинюк, О. А. Майструк, В. Г. Козачук [та ін.] // Вестник физиотерапии и курортологии. Спецвыпуск. – 2005. – Т. 11. – С.38.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДИСПЛАЗІЯХ

Панасюк Владислав

**Вінницький інститут Університету «Україна»,
м.Вінниця**

Куц Олександра Олександрівна

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м.Вінниця**

Дисплазія кульшового суглобу є однією з найбільш поширених ортопедичних патологій, наслідки якої в дошкільному віці можуть проявлятися функціональними порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА). Частота цієї патології у світі становить 1–7 випадків на 1000 новонароджених [2,3], а в Україні вона варіюється в діапазоні 16 випадків [1] та 50–200 випадків на 1000 новонароджених [2]. Вітчизняні та закордонні ортопеди досягли значних успіхів у ранній діагностиці і консервативному лікуванні ДКС [4]. На сьогодні ДКС у новонароджених розглядається як наслідок диспластичної патології, зумовленої спадковою схильністю [3]. Дисплазія охоплює не лише форму і конгруентність компонентів суглобу, але й елементи кульшового суглоба, а саме кістки, хрящі, капсули, зв'язки та м'язи [3]. Несвоєчасна діагностика та неадекватне лікування ДКС може призвести до анатомо-функціональних порушень КС впродовж життя. У дітей з виявленням ДКС в більш пізні терміни (після року і більше) прогресують зміни в КС, відбуваються руйнування його елементів, з формуванням комплексу адаптаційно-приспосувальних змін не тільки КС, а й ОРА в цілому [3]. Наслідки ДКС у дітей дошкільного віку проявляються обмеженням рухливості КС, порушенням ходи, слабкістю і помірною атрофією м'язів нижньої кінцівки, вкороченням кінцівки, скошеністю кісток тазу, порушеннями постави, плоскостопістю, вальгусними або варусними установками нижніх кінцівок [3]. У 10-60 % дітей з наслідками ДКС розвиваються такі патології, як компенсаторний сколіоз хребта, диспластичний коксартроз та асептичний некроз голівки стегнової кістки [2]. Тому за результатами клінічних прогнозів International Hip Dysplasia Institute, очікується, що до 2030 року у світі кількість операцій заміни КС складе 572000 втручань серед осіб похилого віку. Означені зміни, в свою чергу, потребують своєчасної діагностики, диференційованої та ранньої комплексної фізичної реабілітації ДКС з урахуванням наявних та прогнозованих порушень ОРА. Як стверджують фахівці [3] дошкільний вік є відповідальним періодом онтогенезу та найбільш сприятливий для усунення функціональних порушень ОРА засобами ФР [3]. Аналіз наукових досліджень та публікацій, присвячених питанням реабілітації дітей з ДКС, дозволив констатувати, що на сьогодні існує значна

кількість досліджень в аспекті комплексної терапії (консервативної й оперативної) дітей першого-другого року життя [4] та ускладнень патології у більш пізній період [1,3]. Натомість, питання щодо фізичної реабілітації дошкільників з наслідками ДКС висвітлені на фрагментарному рівні в поодиноких публікаціях і не були предметом спеціально проведеного дослідження. При цьому описані комплекси ранніх реабілітаційних заходів передбачають ортопедичні засоби іммобілізації, кінезіотерапію, масаж та фізіотерапію [4]. Існуючі авторські програми і методики корекційно-реабілітаційної спрямованості для дітей з функціональними порушеннями ОРА в умовах дошкільних навчальних закладів (ДНЗ) [2] зорієнтовані на усунення конкретних клінічних проявів, які за результатами досліджень [3] можуть однотипно проявлятися у дітей із ДКС у більш пізній період життя, як наслідок дисплазії. При цьому діючий алгоритм та програми ФР виявляються недостатньо ефективним для дошкільників з наслідками ДКС, оскільки не передбачають врахування принципів пацієнт-центрованого, мультидисциплінарного та індивідуально-диференційованого (проблемноорієнтованого) підходів на основі біопсихосоціальної моделі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків.

Раннє впровадження реабілітаційних та оздоровчо-корекційних заходів є важливою складовою зменшення та усунення розвитку та прояву цих наслідків, а також їх подальшого прогресування та зміцнення здоров'я підростаючого покоління. Сучасний навчальний процес дошкільного навчального закладу пов'язаний із значним психо-фізіологічним навантаженням, яке вимагає суттєвих зусиль окремих функціональних систем організму і фізичної працездатності дітей, особливо тих хто має відхилення у стані здоров'я [3, 4].

Згідно з Національною Доктриною розвитку освіти в Україні та Закону «Про дошкільну освіту», де пріоритетним завданням системи освіти є виховання людини в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я інших осіб як до найвищої індивідуальної і суспільної цінності. Серед пріоритетних завдань дошкільної освіти виділяють збереження та зміцнення фізичного, психічного і духовного здоров'я дитини. Це здійснюється шляхом розвитку валеологічної освіти, повноцінного медичного обслуговування, оптимізації режиму навчально-виховного процесу, створення екологічно сприятливого життєвого простору. Держава разом із громадськістю сприяє збереженню здоров'я учасників навчально-виховного процесу, залученню їх до занять фізичною культурою і спортом, недопущенню будь-яких форм насильства в навчальних закладах, а також проведенню та впровадженню в практику результатів міжгалузевих наукових досліджень із проблем зміцнення здоров'я, організації медичної допомоги дітям, пропаганді здорового способу життя та вихованню культури поведінки населення [1]. Для досягнення вищезазначеного необхідно забезпечити: комплексний підхід до гармонійного формування всіх складових здоров'я; удосконалення фізичної та психологічної підготовки до активного життя і професійної діяльності на принципах, що

забезпечують оздоровчу спрямованість та індивідуальність підходів; використання різноманітних форм рухової активності та інших засобів фізичного удосконалення. Виконання зазначених завдань дасть змогу досягти істотного зниження захворюваності дітей, підвищити рівень профілактичної роботи, стимулювати прагнення до здорового способу життя, зменшити вплив шкідливих звичок на здоров'я. Фізичне виховання як невід'ємна складова освіти забезпечує досягнення високої працездатності, тривалої творчої активності, шляхи і методи протидії хворобам. Враховуючи ці аспекти, заклади охорони здоров'я разом з органами управління освітою здійснюють моніторинг і корекцію стану здоров'я дітей, несуть відповідальність за додержання санітарно-гігієнічних норм, проведення лікувально-профілактичних заходів у дошкільних навчальних закладах незалежно від підпорядкування, типу і форми власності

Література:

1. Афанасьєв С, Афанасьєва О. Порівняльна характеристика гендерних та вікових особливостей функціонального стану хребта і витривалості м'язів тулуба дітей зі сколіотичною поставою. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2016;(1):411-7.
2. Афанасьєв С, Рокутов С, Афанасьєва О, Проскура В. Загальні теоретичні та клінічні аспекти дисплазії кульшових суглобів у дітей, погляд на реабілітацію. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*. 2020;(37):54-9.
3. Березова ІО, Руденко АМ, Звіряка ОМ. Особливості обстеження дітей дошкільного віку із деформаціями нижніх кінцівок. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. Матеріали V Всеукр. заочної наук.-практ. конф. 2016 Квіт 5; Суми, Україна. Суми: ФОП Цьома С. П; 2016. с. 168-72.
4. Звіряка ОО, Руденко АМ. Застосування лікувальної гімнастики для дітей дошкільного віку із вальгусною деформацією нижніх кінцівок. В: Копитіна ЯМ, Лянной МО, редактори. *Здоров'я людини в сучасному культурноосвітньому просторі*. Матеріали I Всеукр. заочної наук.-практ. інтернетконф.; 2018 Берез 22; Суми, Україна. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка; 2018. с. 91-8.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ СКОЛІОЗІ

Ходацька Ксенія

**Вінницький інститут Університету «Україна»,
м.Вінниця**

Куц Олександра Олександрівна

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м.Вінниця**

Романенко Олександр Іванович

**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м.Вінниця**

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 [4].

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[2,4].

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[3,4].

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) [1,4].

Гімнастичні вправи виконують з вихідних положень стоячи, сидячи, в упорі стоячи на колінах, лежачи і у висі при різних положеннях голови, тулуба, рук та ніг. Вибір вихідного положення в кожному конкретному випадку визначається характером порушення постави, поставленими завданнями.

Заняття з лікувальної гімнастики проводять протягом 30-45 хв з групою з 10-12 осіб 3-4 рази на тиждень. Весь цикл занять поділяється на 2 періоди — підготовчий і основний. У підготовчий період створюють уявлення про правильну поставу і утворюють фізіологічні передумови для її закріплення. В основний період ця робота завершується.

В заняття з лікувальної гімнастики включають загальнорозвиваючі і спеціальні вправи. Перші спрямовані на удосконалення фізичного розвитку дитини, другі — на виправлення неправильної постави. Вони сприяють нормалізації кута нахилу таза, виправленню порушених фізіологічних вигинів хребта, положення і форми грудної клітки, симетричному положенню плечового пояса[3].

Основою нормалізації взаєморозташування частин тіла є зміцнення природного м'язового корсета. Найкращими вихідними положеннями для цього є такі, що забезпечують розвантаження хребта, — лежачи на спині та животі і, особливо, в упорі стоячи на колінах, що дає можливість цілеспрямовано діяти на окремі відділи хребта. Вправи, що виконуються з названих вихідних положень, мають бути симетричними, чергуватися з розслабленням м'язів і дихальними вправами[2].

Залежно від виду дефекту постави добирають відповідні вправи. При сутулості, збільшенні грудного кіфозу потрібно зміцнювати довгі м'язи спини. Застосовують розгинання корпусу із вихідних положень лежачи на животі, в упорі стоячи на колінах (колінах і долонях, колінах і передпліччях, колінах і витягнутих руках). Розгинання тулуба слід виконувати з різними положеннями рук, з предметами, з обтяженням.

При збільшенні поперекового лордозу слід зміцнювати м'язи живота, використовуючи рухи ногами лежачи на спині: "велосипед", піднімання прямих ніг, перехід в положення лежачи, в положення сидячи та ін.

У випадках зменшення фізіологічних викривлень хребта вправи мають бути спрямовані на зміцнення м'язів спини та живота, рекомендуються рухи з невеликим обтяженням (гантелями масою 0,5-1 кг).

Для усунення асиметричної постави використовують симетричні вправи, що врівноважують м'язовий тонус на опуклому і ввігнутому боці хребта. Колові рухи руками назад, згинання рук до потилиці і плечей є спеціальними вправами при крилоподібних лопатках[2,5].

Корекції постави досягають за допомогою одночасного формування навички правильного утримання тіла. Це відбувається внаслідок розвитку м'язово-суглобового відчуття, яке дозволяє самостійно оцінити положення окремих частин тіла. Для його розвитку використовують: тренування перед дзеркалом; контроль тих, хто займається, один за одним; вправи на виховання правильної постави, стоячи спиною до вертикальної площини (стіни, дверей), упираючись потилицею, спиною, сідницями і п'ятками; виправлення дефекту за командою інструктора.

Навичка правильної постави виробляється і закріплюється під час виконання загальнорозвиваючих вправ, рівновагу, вправ на координацію, під час ігор.

Ефективність лікувальної гімнастики значно підвищується при застосуванні гідрокінезитерапії і плавання. Заняття проводять не менше ніж два рази на тиждень при температурі води не нижче 26 °С і повітря 25-26 °С.

Тривалість заняття 40-55 хв, сюди входить 10-20 хв виконання імітаційних і підготовчих вправ на суші. У воді використовують різноманітні вправи для розвитку сили і витривалості м'язів, коригуючі і на виховання правильної постави. Застосовують гумові амортизатори, ласты, надувні круги, які фіксують на рівні таза, що не дозволяє прогинатися у поперековій ділянці і розвантажує хребет, а також надувні і пластмасові іграшки, м'ячі, дошки з пінопласту та інші підтримуючі засоби[2].

Вибір стилю плавання визначають характером дефекту. Для усунення сутулості, тотального кіфозу рекомендують плавати вільним стилем чи способом брас на спині, асиметричної постави — плавання на боці та способом брас на грудях чи спині. Останній стиль є основним при більшості порушень постави, оскільки складається з симетричних послідовних плавальних рухів руками, ногами і ковзання. Зрозуміло, що цей стиль боротьби з дефектами постави можуть застосовувати особи, які вміють плавати, а тих, хто не може це робити, слід навчити плавати і після цього вибирати той чи інший стиль[5].

Література:

1. Кривулина Г. Б. Влияние велотренировок различной продолжительности на дисфункцию эндотелия и фактора риска атеросклероза у молодых мужчин : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.06 "Кардиология" / Г. Б. Кривулина. – Томск, 2005. – 22 с.
2. 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.
3. 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.
4. Самошкін В. В. Лікарський контроль при диференційованих фізичних тренуваннях студентів з недостатньою фізичною підготовленістю : автореф. дис.на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.24 "Лікувальна фізкультура та спортивна медицина" / В. В. Самошкін. – Дніпропетровськ, 2001. – 20 с.

5. Чичуа Д. Т. Физическая активность как обязательное условие профилактических и восстановительных мероприятий и ее роль в программах улучшения здоровья. Часть 3 / Д. Т. Чичуа, В. А. Курашвили // Вестн. восстанов. мед. – 2006. –№ 2 (16). – С.44-48.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ХВОРОБАХ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Шевчук Даша

Вінницький інститут Університету «Україна»,

м.Вінниця

Куц Олександра Олександрівна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м.Вінниця

Майбутнє кожної країни у плані її соціального, економічного, культурного розвитку визначається станом здоров'я суспільства, особливо молодих людей. Наукові дослідження за останні п'ять років свідчать про неухильне зростання кількості студентів, які за станом здоров'я повністю звільнені від занять з фізичного виховання [2,3], кількість осіб у групах лікувальної фізкультури зросла у 4-5 разів, а у спеціальних медичних групах - у 2 рази [1,3]. У зв'язку з цим особливої уваги вимагає аналіз стану здоров'я студентів ЗВО, відсоток захворюваності яких неухильно зростає [1].

Захворюваність дихальної системи в останні десятиріччя сягає від 10% до 40% у різних регіонах світу. Серед захворювань дихальної системи провідне місце посідає хронічний бронхіт (близько 65%). Кожна людина хоч раз протягом життя хворіє на бронхіт, який нерідко стає хронічним [3].

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 [2].

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.

Важливою формою кінезотерапії при бронхіті є дозована ходьба, у процесі якої тренується і пристосовується до підвищеного навантаження серцево-судинна система, що поліпшує живлення серцевого м'яза, обмін речовин у тканинах і органах, поглиблюється дихання, підвищується тонус нервової системи, нормалізуються сон і апетит, зменшується (а під час сну і зникає) задишка. Дозування ходьби повинно збільшуватися поступово, тому маршрути підбираються різної довжини і складності [1].

Оздоровча ходьба - найдоступніший вид фізичної активності, вона не вимагає істотних матеріальних внесків, не вимагає особливої підготовки, серйозних витрат часу і має відмінний результат - хороше здоров'я, високу фізичну активність і, як наслідок, підвищення розумової працездатності. Оздоровча ходьба доступна кожному, вона не має протипоказань за станом здоров'я (за винятком випадків певних серйозних захворювань) і є важливим моментом у формуванні здорового способу життя [3].

Заняття оздоровчою ходьбою чинять комплексний вплив на організм з різних напрямків. Перш за все, це витрата енергетичних речовин, жирів і вуглеводів пропорційно тривалості і швидкості ходьби. Справа в тому, що людський організм, як біологічний вид «*homo sapiens*», людина розумна, формувалася в умовах постійної напруженої праці. Протягом же останнього сторіччя частка фізичної праці, яка виконується людиною за рахунок м'язових зусиль, скоротилася з 95% до 1% в результаті механізації й автоматизації виробництва. М'язова система, яка у чоловіка складає 40% маси тіла, фактично виявилася видаленою з нормальної життєдіяльності, в результаті чого різко знизилася добові енерговитрати людини, а звичний режим харчування суттєво не змінився. За даними статистики, «середньостатистичний» європеець у віці 40 років з масою тіла 70 кг витрачає на добу близько 2700 ккал, а споживає з їжею від 3200 до 4000 ккал. Це так званий позитивний енергетичний баланс, коли прихід енергії перевищує її витрату і надлишок енергетичних речовин накопичується у вигляді жиру в жирових депо підшкірної клітковини і черевної порожнини. Це і є основною причиною більшості «хвороб цивілізації» - разом з жиром накопичується і холестерин, що призводить до розвитку атеросклерозу з усіма його ускладненнями: гіпертонією, інсультом та інфарктом [1]. Для підтримки гарного самопочуття і забезпечення оздоровчого ефекту у фізичній культурі широко використовується оздоровча ходьба. Оздоровча (інакше прискорена ходьба) - це активна ходьба зі швидкістю 6,5-7,0 км/год. При такій швидкості її інтенсивність може досягати зони тренувального режиму (ЧСС 120-130 уд/хв). У цих умовах за 1 годину ходьби витрачається 300-400 кілокалорій енергії залежно від маси тіла (приблизно 0,7 ккал/кг на 1 км пройденого шляху). Наприклад, людина з масою тіла 70 кг при проходженні 1 км витрачає

близько 50 кілокалорій. При швидкості ходьби 6 км/год сумарна витрата енергії складе 300 кілокалорій (50х6).

При щоденних заняттях оздоровчою ходьбою (по 1 годині) сумарна витрата енергії за тиждень складе близько 2000 кілокалорій, що забезпечить мінімальний тренувальний ефект для компенсації дефіциту енергетичних витрат і зростання фізичних і функціональних можливостей організму. Крім швидкості, від прогулянкової ходьби вона відрізняється ще й тим, що в роботу включаються м'язи гомілки і таза, а також активним відштовхуванням стопи від опори за рахунок згинання в гомілкоstopному суглобі. У цілому техніка оздоровчої ходьби нагадує спортивну. За рахунок уведення в роботу додаткових м'язових груп зростає витрата енергії і стимулюється кровообіг - саме те, що вимагається від повноцінного аеробного тренування. І при досягненні певної швидкості ходьби (її інтенсивності) забезпечуються всі необхідні оздоровчі ефекти: тренування дихальної мускулатури, зниження чинників ризику серцево-судинних захворювань, надлишкової маси тіла, підвищуються аеробні можливості організму та фізична працездатність [3].

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. Івасик НО. Фізична реабілітація при порушенні діяльності органів дихання: навч. посіб. для студ. вищих навч. закл. фізкультур. профілю. Львів: Укр. бестселер; 2009. 192 с.
3. Пешкова ОВ., Петрухнов ОД. Динамика показателей физической работоспособности максимального потребления кислорода у тренированных и нетренированных лиц в период реконвалесценции после обострения хронического бронхита под влиянием средств физической реабилитации. В: Психол., пед. та мед.-біол. аспекти фіз. виховання і спорту: зб. ст. 7 Міжнар. заоч. наук.-практ. конф.; 2016 Квіт 25–29; Одеса. Одеса; 2016, с. 193–9.

Галузь: «Готельно-ресторанний сервіс»

«ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ВІТЧИЗНЯНОГО ГОТЕЛЬНОГО БІЗНЕСУ»

**Несміх О. О.,
(ОС «магістр»)**

ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ КУЛЬТУРИ»

м. Київ, Україна

Кафедра готельно-ресторанного сервісу

Вступ

В сучасних умовах функціонування туристична сфера є невід'ємним атрибутом міжнародного туризму. Наразі готельна діяльність може стати пріоритетною в Україні в площині стимулювання розвитку народного господарства держави. Наразі туристична діяльність вважається основною сферою в розвинених країнах світу. За останні роки простежується тенденція до підвищення значення готельного бізнесу та його ролі в економічному секторі нашої країни. Проте, сьогодні можна відзначити відсутність висококонкурентних позицій в готельному господарстві України. Інфраструктура вітчизняних закладів розміщення не задовольняє міжнародним вимогам проживання, відпочинку та рекреації: недостатнє число компаній розміщення, в структурі готельних господарств виникла достатньо низька частка готелів високих категорій, матеріально-технічна база потребує впровадження інновацій, не вистачає сучасних засобів зв'язку для здійснення комунікації, відсутні ефективні моделі захисту, які є базою для надання якісних послуг.

Крім того, однією з найважливіших проблем вітчизняного готельного бізнесу є недостатній рівень розповсюженості національних готельних мереж, що були б здатні виробити єдину бізнес-концепцію та задовольнити існуючий в цій галузі попит. Вищезокреслені чинники забезпечують необхідність дослідження перспектив розвитку українських і міжнародних структур розміщення в державі.

Також істотною проблемою є відсутність чіткого законодавчого регулювання готельного бізнесу в туристичній галузі. Як відомо, нормативна база має сприяти створенню нових підприємств готельного спрямування та реалізації їх умов розвитку в галузі надання готельно-ресторанних послуг.

Мета дослідження полягає у з'ясуванні перспективи розвитку вітчизняного готельного бізнесу.

Основні результати досліджень.

Вітчизняна готельна сфера суттєво поживалася завдяки «Євро-2012». Проте кількість готелів в нашій державі у порівнянні з міжнародними країнами світу залишається незначним. Так, наприклад, в Англії наразі працює понад 280 тис. Готельних закладів. В Україні за даними Держкомстатистики, функціонує лише 1232 готеля та 3245 інститутів відпочинку та оздоровлення.

В цілому готелів категорії 5* в Україні нараховується не більше двадцяти, і більшість з них знаходяться в столиці. Це «Прем'єр палас», «Hyatt Regency», «Опера», «Intercontinental». Готелі «Гранд Готель Україна» - у Дніпропетровську. У країнах Європи число великих готельних закладів складає майже 30% від загального числа готельних господарств та понад 80% - це мотелі сімейного типу. За даними аналізу структури готельного бізнесу в Україні, такі форми готельного господарства, як мотелі, кемпінги, молодіжні бази, що надзвичайно поширені в інших країнах, в Україні практично не розвинуті.

В цілому клієнтські запити відносно готельного бізнесу стають більш спрямованими та те, щоб спростити пакети послуг і, відповідно, мінімізувати витрати. В цьому напрямку видається раціональним поєднати дане явище із міжнародною економічною кризою - мандрівники не готові відмовитись від подорожування і відпочинку, однак готові зекономити на власних умовах комфортного розищення. Враховуючи динамічний розвиток туристичної сфери, наразі маленькі готелі можуть надавати послуги високого гатунку.

Пропозиції.

В площині дослідження розвитку міжнародного готельного бізнесу запропонуємо перелік тенденцій для імплементації їх у вітчизніній готельний бізнес:

- чинник демократизації: власники готелів хочуть зацікавити не лише VIP - споживачів, але й клієнтів середнього достатку;
- чинник росту спеціалізації готельних господарств: намагання завоювати певну вузько - спеціалізовану клієнтську аудиторію. Таким чином можна спростити роботу маркетингової служби та готельного менеджменту, з орієнтацією на обмежену за певними ознаками клієнтуру;
- чинник глобалізації готельної справи. Готелі, які об'єднались в консорціум, здатні легше зберігати лідируючі позиції на туристичному ринку;
- чинник симбіозу готельного господарства з іншими галузями обслуговування. Наприклад, в готелях доступні не лише номери, а й ресторанно- розважальні комплекси;
- чинник постійної реалізації новітніх технологій в процес керування персоналом готелю, в процес ведення фінансової звітності, а також у систему бронювання номерного фонду;
- чинник розвитку екологізації готельного бізнесу. Цей чинник не лише є актуальним наразі, - він вже у найближчій перспективі принесе відчутні прибутки готельному бізнесу. Серед останніх трансформацій у галузі споживацьких очікувань слід виокремити ріст інтересу

відносно екзотичних та екологічних курортних комплексів. В нашій же державі однією із засадничих проблем, все ще лишається рівень професіоналізму робітників готельної справи. Вочевидь, процес обслуговування великого числа готелів вимагає висококваліфікованого персоналу галузі обслуговування.

Висновки.

Отже, важливим фактором зростання загального рівня якості готельних послуг є процес проходження сертифікації. В той же час існує ряд гальмівних аспектів, серед яких недостатній моніторинг з боку влади, невідповідність нормативного регулювання, недосконалість процедури сертифікації. Туристична діяльність в Україні, зокрема готельний бізнес, може і повинен стати сферою впровадження ринкових інструментів, джерелом доходу для державного бюджету, засобом загальнодоступної та повноцінної рекреації та оздоровлення, а також ознайомлення з історичним надбанням країни. Підвищення якості готельної пропозиції до рівня міжнародних стандартів, розширення ринків збуту і підготовка фахівців у відповідності до світових вимогам надзвичайно потрібне для забезпечення розвитку туристичної галузі в умовах поглиблення відносин між Україною та ЄС. Стратегія розвитку туристично-готельної галузі потребує державної підтримки у фінансуванні за основними напрямками: залучення туристів на вибраних цільових ринках; приведення національних нормативів, стандартів безпеки, якості товарів і послуг у відповідність до міжнародних вимог.

Список використаних джерел:

1. Бочелюк В. Й. Дозвіллезнавство : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, В. В. Бочелюк. – К. : Центр навч. л-ри, 2006. – 208 с.
2. Галасюк С. С. Організаційно-економічні засади функціонування малих готелів: монографія / С. С. Галасюк, О. В. Шикіна. – Одеса: Атлант, 2015. – 279 с.
3. Нечаюк Л. І. Готельно-ресторанний бізнес: менеджмент : навч. посіб. / Л. І. Нечаюк, Н.Н. Нечаюк. – К. : Центр навч. л-ри, 2006. – 346 с.
4. Організація і технологія надання послуг : навч. посіб. / В. В. Апонін, І. І. Олексин, Н. О. Шутовська, Т.В. Фугало ; за ред. Проф. В.В. Апонія. – К. : Академія, 2006. – 311 с.
5. Ткаченко Т. І. Економіка готельного господарства і туризму : навч. посіб. / Т. І. Ткаченко, С.П. Гаврилюк. – К. : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2005. – 179 с.
6. Ресторанне господарство і туристична індустрія у ринкових умовах : зб. наук. пр. / М. І. Пересічний (відп. ред.). – К. : КНЕУ, 2004. – 208 с.
7. Ринки туристичних послуг: стан і тенденції розвитку: монографія / під заг. ред. В. Г. Герасименка. – Одеса : Астро-принт, 2013. – 304 с.

8. Управління сучасним готельним комплексом : навч. посіб. / Г.Б. Мунін, А. О. Зимійов, Є.В. Самарцев та ін. ; за ред. чл.-кор. НАН України, д-р екон. наук, проф. С. І. Дорогунцова. – К. : Ліра-К, 2005. – 520 с.
9. Федорченко В. К. Історія туризму в Україні / В.К. Федорченко, Т.А. Дьорова. – К. : Вища шк., 2002. – 195 с.
10. Nezdoyminov S. Regional Trends of the Tourist Flow in Ukraine / S. Nezdoyminov, O. Shykina // International Journal of Innovative Studies in Sociology and Humanities. – 2016. – № 1 (1). – P. 12-18.