

Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Полтавський державний медичний університет
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
ГО «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів»
Vrije Universiteit, Belgium
Strasbourg University, France

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ:
РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ**

Збірник наукових матеріалів VIII Всеукраїнської науково-практичної
Інтернет-конференції з міжнародною участю

24 листопада 2022 року

**PHYSICAL REHABILITATION AND HEALTHSAVING
TECHNOLOGIES: REALITIES AND PERSPECTIVES**

Collection of materials of the VIII All-Ukrainian Scientific and Practical
conferences with international participation

November 24, 2022

Полтава 2022

виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, резекції шлунка, холецистекто-мії, видалення нирки, селезінки.

Берсим О.А., студент
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Левков А.А. к.мед.н., доцент
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ДОМАШНІХ УМОВАХ: СПЕЦИФІКА, ЕФЕКТИВНІСТЬ

Актуальність. За даними ВООЗ 2007-2021, в Україні щороку реєструється 100-110 тисяч хворих на мозковий інсульт (МІ). Впродовж 1 року після МІ 20-40% хворих потребують постійної сторонньої допомоги і тільки 10% повертаються до звичного життя і праці. Є тенденція до зниження вікового цензу хворих, нагальним є питання втрати працездатних громадян середнього віку. В Україні фізична реабілітація/терапія (ФР/Т) після інсульту має таку специфіку:

- 1) Потреба кваліфікованих фахівців в 100 разів більша за пропозицію.
- 2) Міжнародні стандарти ФР/Т лише починають впроваджуватись: командна робота лікарів, фахівців з ФР/Т та допоміжного персоналу ще не відбувається повноцінно через організаційні та «людські» чинники; недостатня кваліфікація та компетентність фахівців з ФР/Т.
- 3) Низька доступність тривалої реабілітації в спеціалізованих закладах – переважно після закінчення гострого періоду пацієнти виписуються додому.

Актуальними завданнями є: підбір ефективних заходів ФР/Т та ерготерапії у частині раннього, пізнього (0,5-2 роки) і резидуальному (3-6 років) відновних періодах саме для роботи з пацієнтами в домашніх умовах.

Результати узагальнення. Згідно з активними цілями, тобто спрямованими на збільшення моторних можливостей і, відповідно, повсякденної активності, я узагальнив результати регулярної роботи з пацієнтами удома (методологічна основа – пропріоцептивна нейром'язова фацилітація, Бобат-терапія), дані згаданих вище досліджень. В таблиці на прикладі п'ятерох пацієнтів з лівостороннім геміпарезом у ранньому, пізньому і резидуальному періодах відновлення після ішемічного інсульту показано застосовність ефективних засобів ФР/Т в домашніх умовах.

Рекомендації. Під час складання та виконання індивідуалізованих (домашніх) програм реабілітації доцільно враховувати таке.

1. Постійно підтримувати мотивацію пацієнта до тривалих занять достатньої інтенсивності. Способи: забезпечення різноманітності комплексів вправ і занять; підкреслення видимих успіхів – стабільних, нехай і незначних, покращень навичок; перегляд активних цілей відповідно до спроможності пацієнта в даному часовому проміжку; акцентування на власних можливостях пацієнта, запобігання хибнійнадії на «диво-засоби».

2. Комплекси вправ доцільно спрямовувати на розширення можливостей пацієнтів самостійно вирішувати свої повсякденні потреби, здатності до подальшої соціалізації, реалізації конкретних планів і задумів.
3. Поруч із стандартними професійними критеріями оцінки силових, моторних, когнітивних і ін. функцій пацієнта доцільно розробляти індивідуальні критерії, щоб пацієнти могли оцінити важливі саме для них розвинуті навички.
4. Варіантом вирішення проблеми доступності якісної ФР/Т для пацієнта є адаптоване до конкретного індивіда навчання його «команди», тобто близьких та допоміжного персоналу, після якого «команда» може працювати самостійно з обов'язковим періодичним коригуванням фахівцями. Це може бути окрема доступна послуга, яку надає лікувальний чи реабілітаційний заклад.
5. Просвітня робота з пацієнтом і його «командою». Донесення на доступному рівні і закріплення об'єктивної інформації. Розвінчування поширених неправдивих, недоцільних, а часто й небезпечних стереотипів.

Література

1. Пулик О.Р., Гирявець М.В.. Аналіз захворюваності, смертності та первинного виходу на інвалідність після перенесеного мозкового інсульту в 2 (37-38). - С. 161-163.
2. Kim, G.J., Hinojosa, J., Rao, A. et al. Randomized Trial on the Effects of Attentional Focus on Motor Training of the Upper Extremity Using Robotics With Individuals After Chronic Stroke // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Journal – 2017.
3. Kluding, P., Dunning, K, O'Dell, M et al. Foot drop stimulation versus ankle foot orthosis after stroke: 30-week outcomes // Stroke Journal – 2013.

Білокінь А.Ю., студентка
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»
Гордієнко О.В., старший викладач
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ХВОРИХ НА ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Показання до застосування лікувальної фізкультури визначаються механізмом дії фізичних вправ, процес вправи залучає всі ланки нервової системи від кори головного мозку до периферичних рецепторів. Систематичне і регулярне застосування фізичних вправ сприяє функціонально-динамічній перебудові нервової системи з поліпшенням її діяльності.

Лікувальна фізкультура є також найважливішим елементом комплексної терапії хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу з метою розвитку функції руху і пристосування хворого до різних видів фізичних навантажень, як