

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

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

метод відновної терапії за допомогою фізичних вправ можна також впливати на регулювання процесів збудження і гальмування в корі головного мозку.

При інсультах необхідно намагатися до максимально ранньої активізації хворого в перспективі дозволяє прискорити процес реабілітації, підвищити ефективність лікування і якість життя даного контингенту осіб. Протипоказаннями для активізації хворих є ознаки набряку мозку, пригнічення свідомості; темп розширення інтенсивності занять може бути обмежений у хворих з серцево-легеневими проблемами (недостатністю) і миготливою аритмією.

У реабілітації хворих, що перенесли інсульт, виділяють 3 етапи: ранній (3 місяці), пізній (до 1 року) і етап компенсації залишкових порушень рухової функції. Лікувальна фізкультура при інсультах спрямована на зниження патологічного тону, зменшення ступеня парезу (збільшення м'язової сили), відтворення і формування найважливіших рухових навичок. Лікувальну гімнастику і масаж призначають при стабілізації стану хворого (відсутність наростання симптоматики порушення серцевої діяльності та дихання). Лікування положенням починають з першого дня хвороби, пасивно повертаючи хворого через кожні 1,5-2 години вдень і 2,5-3 години вночі зі здорового боку на спину і на уражену сторону.

При постановці пацієнта в горизонтальну позицію (лежачи) слід стежити, щоб кисть ураженої руки завжди була в середньофізіологічній фазі, і при цьому нога ні в що не впиралася. Верхню кінцівку відводять на 90° , розгинають у всіх суглобах і розвертають назовні. При збільшенні тону м'язів кистьових згиначів на кисть з розігнутими і розведеними пальцями потрібно накласти лонгет.

Вплив тиском поверхні кисті і підошви призводить до підвищення тону м'язів і формуванню порочних установок. Допускається трохи підняте положення хворого (не більше 30°) верхньої половини тулуба (при легкому та середньої тяжкості ішемічному інсульті) на 15-30 хвилин 3 рази в день вже в 1-у добу захворювання. Необхідно намагатися до максимально ранньої активізації хворого – переведенню його в сидяче положення. Хворий може бути посаджений на ліжко зі спущеними ногами на 3-5-й день від початку лікування. Переклад в положення сидячи проводиться пасивно, хворому забезпечується достатня опора. Тривалість знаходження в сидячому положенні – від 15 хв.

До 30-60 хв. і більше при хорошій переносимості. Питання про період розширення рухового режиму при геморагічному інсульті вирішується індивідуально. Рухова реабілітація при інсультах включає ряд послідовних етапів. Перевага віддається вправам функціонального характеру. Відновлення деяких компонентів рухового акту – прийоми активного розслаблення м'язів, навчання дозованим і диференційованим напруженням м'язових груп, диференціювання амплітуди рухів, навчання мінімального і ізольованого м'язового напруження, тренування та оволодіння оптимальною швидкістю рухів, збільшення м'язової сили. Підвищення подолання дозованого опору здійснюваного руху, використання рефлексорних механізмів руху.

Відновлення простих співдружних рухів – тренування різних варіантів між суглобовою взаємодією з візуальним і кінематичним контролюванням.

Відродження рухових навичок – відновлення окремих ланок рухового акту (навику), навчання переходам (зв'язкам) від одного рухового елемента до іншого, відродження рухового акту цілком, автоматизація відновленого рухового акту. Відновлення порушених рухових функцій при центральних парезах відбувається в певній послідовності: спочатку відновлюються рефлекторні рухи і м'язовий тонус, а потім з'являються співдружні і довільні рухи, які відновлюються від проксимальних відділів до дистальних (від центру до периферії); відновлення рухової функції згиначів випереджає відновлення рухів в розгиначах; рухи руки з'являються пізніше, ніж ноги, особливо повільно відновлюються спеціалізовані рухи кисті (дрібна моторика).

У процесі занять з хворим поетапно відпрацьовують навички рухової активності в положенні лежачи (підйом голови, тазу і корпусу, рухи в кінцівках, повороти) і самостійний перехід в положення сидячи. При дотриманні статичного і динамічного балансу сидячи, пацієнт навчається переходу в позицію стоячи (в середньому на 7-му добу при неускладненому ішемічному інсульті). Навчання самостійної ходьби вимагає від хворого здатності самостійно вставати і сідати, підтримувати позу стоячи, переносити вагу тіла і правильно ставити опорну ногу. Навчання починають з ходьби з підтримкою, однак тривале використання допоміжних засобів при ходьбі гальмує захисні реакції і розвиває у хворого страх перед падінням. Тренування ходьби включає відпрацювання напрямку руху (вперед, назад, в сторони і т. д.), довжину кроку, ритм і швидкість ходьби, в також ходьбу по сходах.

Активні та пасивні рухи не повинні викликати підвищення м'язового тонусу і больових відчуттів. Заняття з хворими інсультом проводять індивідуально в зв'язку зі значною варіабельністю рухових і сенсорних порушень. Тривалість процедури лікувальної гімнастики – 20-25 хвилин при постільному режимі і 30-40 хвилин – при вільному.

Таким чином, у комплекс ЛФК при інсультах необхідно включати крім спеціальних вправ дихальну гімнастику (статичну і динамічну), загально зміцнюючі вправи, вправи з предметами, заняття на тренажерах, малорухомі і рухливі ігри. Як правило, проводять додаткове мало групове або групове заняття тривалістю 15-20 хв. Досягнуті функціональні можливості повинні бути застосовані в діях по самообслуговуванню. Тренуються маніпуляції з побутовими предметами, одягом, навички прийому їжі, особистої гігієни, ведення домашнього господарства, поведінки в місті. Для розвитку навичок повсякденної активності повинні також проводитися окремі додаткові тренування з ерготерапевтом тривалістю 30-40 хв. Вибір вправ і планування індивідуальних комплексів залежать від тяжкості і ступеня порушень рухів, наявності супутніх симптомів (спастика, синкинезії, афазія) та захворювань, поведінки хворого, його загального розвитку і переносимості фізичних навантажень.

Література

1. Vynychuk, S.M., and O. Ye Fartushna. "Рання реабілітація після гострих ішемічних порушень мозкового кровообігу." *INTERNATIONAL NEUROLOGICAL JOURNAL* 8.86 (2016): 34-39.

2. Тещук В.Й., Тещук В.В. Гострі порушення мозкового кровообігу. «Наука і техніка». Одеса. 2011. 200 с.

Бойко А.С. , к.фіз.вих., викладач

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Колиушко К.В. , магістр

Національний університет фізичного виховання і спорту України

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ФІЗИЧНУ ТЕРАПІЮ ОСІБ З ХРОНІЧНИМ НЕСПЕЦИФІЧНИМ БОЛЕМ В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Хронічний неспецифічний біль (ХНБ) в нижній частині спини є одним з найбільш поширених больових синдромів та належить до станів, що значно обмежують активність та участь пацієнтів/клієнтів. При веденні таких пацієнтів слід пам'ятати про часте формування стійких психосоціальних порушень: тривожність, зниження рівня самооцінки, страх руху, катастрофізація стану тощо. Психосоціальні фактори мають суттєвий вплив на функціональність особи, якість життя, обмежуючи її щоденну діяльність, що сприяє зниженню продуктивності праці та супроводжується частими періодами тимчасової непрацездатності. Вони впливають також і на успіх фізіотерапевтичного втручання та на позитивний прогноз у даного контингенту [1].

Фізична терапія (ФТ) входить до всіх міжнародних та національних стандартів терапевтичного менеджменту пацієнтів/клієнтів з ХНБ в нижній частині спини. Тому важливим моментом є визначення ефективності та доказовості окремих методів фізіотерапевтичної допомоги.

Основним засобом фізіотерапевтичного втручання у осіб з ХНБ в нижній частині спини є *терапевтичні вправи (ТВ)*. З позицій доказової медицини ТВ мають переваги у ефективності їх використанні. Усі провідні наукові співтовариства рекомендують включати поступову програму активності та фізичних вправ у процес нефармакологічної терапії таких пацієнтів [1]. Орієнтуючись на результатами систематичного огляду [3] встановлено, інтенсивність болю та інвалідність зменшуються за допомогою ТВ. Тому, вважають, що у випадку ХНБ в нижній частині спини ТВ – це метод терапії першої лінії, який слід розглянути для рутинного використання. Також доведеною є ефективність поєднання програми вправ з *когнітивно-поведінковою (КПТ) та мануальною терапіями* у ряді випадків [2].

КПТ є ще однією складовою фізіотерапевтичного втручання в осіб з ХНБ в нижній частині спини. Результати 5-річного спостереження Groot та ін. 2019 р. [2], дозволяють вважати, що КПТ може бути ефективною для зменшення болю,