

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

Реабілітологи виділяють кілька основних напрямів роботи з пацієнтами, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу.

В тому числі:

1. Відновлення моторики та рухових функцій. Цей напрямок реабілітації є одним з найважливіших, оскільки він багато в чому визначає, чи зможе пацієнт відновити здатність до самостійного забезпечення свого життя і повернутися до звичного його образу. Хворим рекомендують заняття з ерго- та кінезіотерапевтами, активно застосовуються різні сучасні методики у поєднанні з фізіотерапією та масажем

2. Відновлення повноцінного мовлення. Від цього напрямку реабілітації після інсульту залежить, чи зможе пацієнт нормально спілкуватися з оточуючими. Зазвичай призначаються індивідуальні та групові заняття з логопедом, тренування із застосуванням спеціального апарату, що дозволяє розробити м'язи гортані.

3. Відновлення чіткого зору та функції повік (при їх опущенні). Реабілітація проводиться з використанням комплексу вправ, які виконуються під керівництвом офтальмолога, кінезіотерапевта та фізіотерапевта. У деяких випадках проводяться оперативні втручання. Важливо! При втраті зору відновити його неможливо

4. Відновлення пам'яті. У цьому напрямку з пацієнтом працюють неврологи, ерготерапевти та нейропсихологи. Дуже важлива та самостійна діяльність. Пацієнту потрібно виконувати вправи на розвиток мислення, запам'ятовування та увага. За потреби призначаються лікарські препарати, які стимулюють нервову діяльність

5. Відновлення побутових навичок. Цей напрямок реабілітації після інсульту є одним із найважливіших, оскільки дозволяє забезпечити самостійне життя хворого, коли він повертається з клініки додому. Пацієнт адаптується до раніше звичним йому умовам, відновлює повсякденні звички, навички управління побутової технікою, роботи з комп'ютером та інших.

Гончарова А.В., студентка
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Бабич Н.Л., к.фіз.вих., доцент
*Національний університет «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка»*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ МІГРЕНІ

Вступ. Мігрень відноситься до найчастіших форм первинного доброякісного головного болю, за частотою посідає друге місце після головного болю напруги. ВООЗ включила мігрень до списку 19 захворювань, що найбільше порушують соціальну адаптацію пацієнтів [1,2]. Поширеність мігрені коливається у жінок у межах від 11 до 25%, у чоловіків – від 4 до 10%, зазвичай уперше проявляється у віці від 10 до 20 років. У віці 35-45 років частота та

інтенсивність мігренозних нападів досягають максимуму, після 55-60 років у більшості хворих мігрень припиняється. У 60-70% хворих на мігрень має спадковий характер [3].

Мета. Метою даного дослідження є обґрунтування структури та змісту програми фізичної терапії при мігрені та перевірити її ефективність.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проводилося протягом двох місяців на базі студії адаптивної реабілітації та фізичної реабілітації "Здорові рухи". У дослідженні брали участь 12 пацієнтів – 6 чоловіків та 6 жінок, віком від 16 – до 35 років. У контрольну групу та експериментальну групу увійшли по 6 хворих на мігрень. В експериментальній групі впроваджувалася розроблена експериментальна методика комплексного застосування методів і засобів фізичної терапії для хворих на дане захворювання, в контрольній групі займалися по традиційній методиці. Була складена програма дослідження.

Результати дослідження. Нами було створено індивідуальну програму фізичної терапії для експериментальної групи, яка включала в себе заняття з кінезотерапії.

В порівнянні з традиційною методикою фізичної терапії, наша програма виявилась більш ефективною. Вправи з кінезотерапії в порівнянні з традиційними вправами, допомогли поліпшити психоемоційний стан, за рахунок того, що вправи допомогли більш швидше розслабити організм, з'явилися позитивні емоції, підвищився настрій, хворі почали відмічати появу відчуттів полегшення, більш швидше допомогли позбутися головного болю та симптомів мігрені.

Після закінчення експерименту проводилося контрольне обстеження всі учасників в експериментальній та основній групі. Також проводилася бесіда і процесі особистих бесід про суб'єктивні відчуття пацієнтів, про зміну їх самопочуття і було сформувано висновки.

Після проведення експерименту в експериментальній відмічались значні покращення по шкалі ВАШ (рис.1). Однак в основній групі, яка займалась по традиційній методиці, показники дещо гірші, ніж в експериментальній групі.

Пацієнту пропонувалося на прямій лінії довжиною 10 см (100 мм), поділеної на 10 позначень, відзначити рівень інтенсивності болю точкою: початкова точка позначає відсутність болю – 0, потім іде слабкий біль, помірний біль, сильний біль, і кінцева точка – нестерпний біль.



Рис. 1. «Візуально-аналогова шкала оцінки інтенсивності болю»

Перед тестуванням пацієнти згадували свій найсильніший головний біль. Після цього відповідали на питання: «Як ви оцінюєте головний біль на

сьогоднішній день в порівнянні з найсильнішим болем, який відчували в своєму житті?». Після цього пацієнт робив вертикальну позначку / відмітку на запропонованій шкалі, оцінюючи головний біль.

Інтерпретація результатів: позначка в інтервалі

1. з 1-3 см свідчила про «слабкий» біль;
2. з 4-5 см – «середній біль»;
3. з 6-7 см – «сильний біль»;
4. з 8-9 см – «дуже сильний біль»;
5. 10 см – свідчить про те, що пацієнт вважає свій біль «нестерпним».

На початку дослідження в експериментальній та основній групах пацієнти вважали по шкалі ВАШ – 10 см, свій головний біль «нестерпним».

То після закінчення дослідження в експериментальній групі пацієнти оцінювали свій біль по шкалі ВАШ, як «слабкий» біль. В основній групі, пацієнти оцінювали свій біль, як «середній біль».

Висновки. З'ясовано, що мігрень – первинна епізодична форма головного болю, що проявляється інтенсивними, приступоподібними головними болями. У результаті проведення занять з кінезотерапії при мігрені за експериментальною програмою виявлено позитивні зрушення у психофізичному стані хворих, також виявлено позитивні зміни на знімках МРТ, про це свідчить позитивна динаміка досліджуваних показників.

Література

1. Амелін А.В., Ігнатов Ю.Д., Скоромець О.О. Мігрень (патогенез, клініка, лікування). К.: «Укркнига» – 2001. – 200 с.
2. Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М., Галуша А.І. та ін. Мігрень – її етіологія, патогенез, клініка, комплексний підхід до лікування з використанням методів рефлексотерапії // Мат. наук. практ. конф. «Досягнення рефлексотерапії в Україні і в Світі». – Київ, 29-30 вересня 2010 р. – С. 135-138.
3. Міжнародна класифікація головних болю. К., 2003. – 380 с.

Десятник І.В., студентка спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Бабич Н.Л., к.фіз.вих., доцент
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ

Ішемічна хвороба серця (ІХС), однією з форм якої є інфаркт міокарда – одне із найбільш поширених серцево-судинних захворювань, на частку яких випадає приблизно третина всіх смертей у світі.

У Європі ІХС займає перше місце серед причин смертності. Інфаркт міокарда – це загрозливий для життя стан. Смертність від гострого інфаркту міокарда становить 30 %; половина смертей відбувається до прибуття в лікарню.