

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Факультет фізичної культури та здоров'я людини

Кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги

ЧНУ



ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

*Міжнародної науково-практичної
конференції*

**«ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»**

15 лютого 2024 р.

ЧЕРНІВЦІ

2. Швидкість простої сенсомоторної реакції вірогідно вища в учнів без ознак СДУГ, ніж швидкість учнів з проявами СДУГ [4, с. 356].

3. Середня швидкість простої сенсомоторної реакції хлопчиків без СДУГ ймовірно вища $0,3 \pm 0,082$ ($p < 0,05$), ніж швидкість у дівчаток.

Список літератури

1. Брик А.В. Визначення рівня розвитку сенсомоторних реакцій учнів молодших класів. *Молодий вчений: педагогічні науки*. 2016. №8 (35). С. 330-333.

2. Мойсеєнко І. Принципи формування сенсомоторних компетенцій у дітей з розладом аутистичного спектру (РАС). *Viae Education: Studies of Education and Didactics*. 2022. №1(2). С. 95-102. DOI: <https://doi.org/10.15804/ve.2022.02.11>

3. Тертична Н.А., Криль О.М. Характеристика нейродинамічних функцій головного мозку дитини в умовах сенсорної депривації. *Молодий вчений*. 2022. №7(107). С. 225-225. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-7107-9>

4. Малхазов О.Р. Часові показники зорово-моторних реакцій як індикатори надійності людського чинника. *Проблеми експериментальної та кризової психології*. 2010. Вип.7. С. 350-361.

5. Філімонов В.І. Клінічна фізіологія: підручник. Київ: Медицина, 2012.36 с.

Микола СТОНОГА

Студент 1 курсу, групи 101-ФР спеціальності «Терапія та реабілітація»

Анатолій ЛЕВКОВ

к. мед. н., доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ НЕВРОЛОГІЇ. ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Захворювання судин головного мозку становлять приблизно 15 % серед усіх причин смертності, які раніше були пов'язані зі старінням організму і діагностували тільки у людей похилого віку. Останнім часом симптоми порушення мозкового кровообігу помолодшали і від інсульту нерідко помирають люди молодше 40 років. У країнах СНД від інсульту помирають 35 % хворих, а інвалідизація становить 3,2 випадку на 10000 населення.

До порушення мозкового кровообігу призводять:

1. Атеросклероз, при якому на стінках судин з'являються жирові відкладення, які затрудняють відповідний рух крові;

2. Артеріальна гіпертензія, яка призводить до виникнення гіпертонічного церебрального криза, при якому спостерігають зрив авторегуляції мозкового кровообігу з розширенням судин при підвищенні артеріального тиску понад 180–200 мм рт. ст. та недостатність мозкового кровообігу.

3. Остеохондроз хребта. При здавлюванні хребетної артерії в результаті звуження (стенозу) знижується кровообіг в стовбурі мозку та мозочку. В результаті, шийний остеохондроз може стати причиною розвитку стійкої ішемії головного і спинного мозку.

4. Нейроциркуляторна дистонія. Функціональне неврогенне захворювання системи кровообігу, важливою клінічною й патогенетичною особливістю якого є лабільність і зниження артеріального тиску нижче від 100/60 мм рт. ст. у чоловіків і нижче від 95/60 мм рт. ст. у жінок, що призводить до неадекватного кровопостачання головного мозку.

5. Цукровий діабет. При цьому захворюванні судинні стінки втрачають еластичність, стають жорсткими («ригідними»), судинний просвіт звужується. Це призводить до підвищення артеріального тиску, погіршення кровопостачання тканин та їх кисневого голодування.

6. Природжені вади розвитку судин (аневризма, артеріовенозна мальформація), хвороби серця і нирок.
7. Патологія крові.
8. Порушення обміну речовин.
9. Біохімічні зміни крові.
10. . Інфекційні захворювання.
11. Нервово-психічні перенавантаження.
12. Вживання алкоголю, куріння, застосування контрацептивів, надмірна вага, погані метеорологічні умови тощо.

У результаті перерахованих факторів розвивається ішемія мозку, порушується обмін речовин. Енергетичний дефіцит запускає цілий каскад складних біохімічних реакцій (глутамат – кальцієвий каскад), який веде до апоптозу клітини мозку та його набряку. Так формується центральна (ядерна) зона інсульту (зона некрозу), в якій зміни незворотні. Навколо неї формується зона ішемічної напівтіні (пенумбра). Це зона потенційно життєздатна. Тут знижений кровообіг, але енергетичний метаболізм ще збережений і структури мозку не постраждали. Клітини мозку (нейрони) цієї зони здатні до відновлення.

Симптоми інсульту. Ішемічний інсульт може виникнути протягом доби, але частіше він розвивається під час або відразу після сну. Спровокувати його можуть психоемоційне або фізичне перенавантаження, вживання алкоголю, великої кількості їжі тощо. Значною ознакою ішемічного інсульту є поступове, інколи 2–3 доби, наростання вогнищевих симптомів, вираженість яких може на деякий час послаблюватися, а потім знову посилюватися. Характер вогнищевої симптоматики залежить від ураженої артерії.

Так, при інсульті у басейні сонної артерії спостерігаються порушення рухів у руці і нозі (параліч або парез), які розвиваються на боці, протилежному вогнищу ішемії; порушення мови (афазія) у вигляді:

- неможливості її відтворення;

– відсутності можливості назвати предмети, дивлячись на їх зовнішній вигляд;

– порушення письмового мовлення; 25

Якщо інсульт розвинувся у вертебро-базиллярному басейні, будуть розвиватися такі симптоми:

– порушення координації;

– запаморочення;

– неможливість вимовляти окремі букви або склади (розуміння мови не змінено);

– тиха, нерозбірлива мова;

– на протилежній стороні знижується нормальний об'єм рухів у кінцівках;

– порушення зору;

– утруднення ковтання;

При локалізації ішемічного інсульту в стовбурі спостерігаються небезпечні для життя порушення:

– швидко розвивається параліч всіх чотирьох кінцівок;

– знижується артеріальний тиск;

– пригнічується свідомість;

– розвиваються порушення ритму і глибини дихання;

– нетримання сечі і калу.

Якщо ж інсульт локалізується в мозочку, то будуть спостерігатися такі ознаки: – головний біль; – запаморочення; – атаксія; – ністагм;

Інсульт небезпечний ще і тим, що ішемія мозку призводить до розвитку його набряку, і буде він локальним чи генералізованим, спрогнозувати не можна. У важких випадках набряк мозку і мозочка можуть призвести до дислокації його структур, яка проявляється

– вираженим головним болем, нудотою і блювотою;

– наростанням глибини порушення свідомості;

– зміною діаметра обох або одного зіниці;
– порушенням дихання (його ритм стає неправильним, при цьому воно може бути як поверхневим, так і глибоким).

При інсульті важливо надання швидкої діагностики та допомоги. Для цього важлива рання госпіталізація протягом від 2 годин до 3 діб в спеціалізовані відділення, обладнані реанімаційними відділеннями або палатами інтенсивної терапії, пізніше в неврологічні відділення. 50 % інсульту розвивається протягом перших 90 хвилин захворювання, 70– 80 % – протягом 360 хвилин.

Таким чином, є «терапевтичне вікно», всередині якого можливі найбільш ефективні лікувальні заходи з порятунку нейронів зони пенумбри. Тому дуже важливо якомога раніше звернутися за допомогою. Це може не лише врятувати від інвалідності, але і зберегти життя

Список літератури

1. <https://phc.org.ua/news/29-zhovtnya-vsesvitniy-den-borotbi-z-insultom>
2. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/sercevo-sudinni-zakhvoryuvannya/insult>
3. Мяловицька О.А., Небор Я.Я. «Аналіз провідних факторів ризику у разі виникнення ішемічного інсульту в осіб молодого віку»
4. Мяловицька О.А., Небор Я.Я. «Клініко-гемодинамічні особливості ішемічного інсульту в осіб молодого віку»