

Таким чином, результати, які ми отримали показали, що запропонована інноваційна методика фізичної реабілітації з використанням вправ з м'ячем позитивно впливає на відновлення динамічної функції стопи і у разі продовження її виконання на більш тривалій термін може сприяти підвищенню ефективності занять ЛФК та корекції стопи у дітей 7-8 років.

Список використаної літератури:

1. Альошина А. І. Характеристика фізичних вправ, які використовуються в технології профілактики плоскостопості в дітей старшого дошкільного віку / А. І. Альошина, О. І. Бичук, І. О. Бичук, А. О. Альошин // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучас. сусп-ві. - 2012. - № 4. - С. 123-130.
2. Кашуба В. А. Биомеханический контроль двигательной функции стопы / В. А. Кашуба // Физ. воспитание студ. творч. спец. - X., 2001. - № 5. - С. 14-19.
3. Кашуба В.А. Вплив засобів фізичної реабілітації на показники вертикальної стійкості тіла осіб із ортопедичною патологією/ В. Кашуба, І. Жарова // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. - 2006. - № 2. - С. 46-49.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація // Навчальний посібник. Київ.- Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005. — 470 с.
5. Неведомська Є. О. Методики дослідження стопи як дзеркала здоров'я дитини / Є. О. Неведомська // Вісник післядипломної освіти. - 2013. - Вип. 9(1). - С.- 141-149.
6. Футорний С. Сучасні технології, які використовуються в процесі фізичного виховання і реабілітації при порушеннях постави і плоскостопості у дітей старшого дошкільного віку / С. Футорний, Н. Носова, Т. Коломієць // Слобожанський науково-спортивний вісник. - 2017. - № 5. - С. 104-109.

Науковий керівник: д. б. н., професор Лизогуб В.С.

Ю. В. Бондар

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Актуальність теми. Інсульт є однією з основних причин інвалідизації дорослого населення. На сьогоднішній день в Україні, як і в інших країнах світу, є тенденція до зростання неврологічних захворювань. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники країн Європи. Аналіз статистичних даних щодо смертності населення у м. Києві показав, що цереброваскулярні хвороби займають третє місце серед причин смертності, і динаміка з 2011 по 2015 роки зростає майже на 3% [3].

Вітчизняні дослідження даного напрямку в основному висвітлюють стандартні та не новітні програми фізичної реабілітації, які спрямовані на профілактику виникнення ускладнень і на відновлення вже втрачених функцій [1, 2, 4]. Втім питання щодо оптимальних термінів початку реабілітаційних заходів, вибору засобів і методів фізичної реабілітації для більш ефективної корекції рухового дефіциту продовжує дискутуватися.

Досліджуючи дану проблему на сучасному етапі, можна стверджувати, що серед комплексу реабілітаційних заходів недостатньо уваги приділяється методичному обґрунтуванню засобів реабілітації залежно від результатів обстеження, від періоду реабілітації та віку хворого. Таким чином, розробка комплексу ЛФК, направлено на відновлення стереотипу ходьби та втрачених моторних функцій хворих похилого віку після перенесеного ішемічного інсульту, який дав би можливість максимально індивідуалізувати програму фізичної реабілітації, є актуальною.

Мета роботи полягала у практичному обґрунтуванні методики фізичної реабілітації для хворих похилого віку після перенесеного ішемічного інсульту.

Для досягнення мети вирішувалися наступні *задачі*:

1. Проаналізувати та узагальнити дані літературних джерел щодо існуючих методів та засобів фізичної реабілітації хворих похилого віку після перенесеного ішемічного інсульту.

2. Визначити основні практичні аспекти фізичної реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту.

3. Підібрати засоби фізичної реабілітації, виходячи з результатів обстеження пацієнта.

4. Запропонувати комплекс вправ, направлених на відновлення стереотипу ходьби та втрачених моторних функцій.

5. Оцінити ефективність запропонованих реабілітаційних заходів.

Організація та методи дослідження. Дослідження проводили на базі Медичного Центру відновлювального лікування КЗ «Черкаський геріатричний пансіонат ЧОР» в період жовтень-листопад 2018 року. Досліджуваний – пацієнт чоловічої статі, вік 73 роки, з діагнозом: ішемічний інсульт в басейні правої СМА при гіпертонічній хворобі III ступеня, церебральному атеросклерозі III ступеня у вигляді плегії лівої руки, глибокого парезу лівої ноги до плегії в стопі, елементів дизартрії, церебростенічного синдрому. Хворий поступив на курс первинної реабілітації.

Для вирішення поставлених задач були використані наступні *методи*:

- аналіз, узагальнення та систематизація літературних джерел;
- соціологічні методи (аналіз історії хвороби, опитування);
- медико-біологічні методи (збір анамнезу, вимірювання артеріального тиску крові (АТ), пульсометрія, гоніометрія, мануальне м'язове тестування та контрольні тести для оцінки рухових розладів).

Перед початком програми реабілітації хворого було обстежено за допомогою зазначених медико-біологічних методів. При надходженні на реабілітацію хворий скаржився на обмеження рухів в паретичних кінцівках, запаморочення, шум у голові, періодичне підвищення АТ, втрату навички ходьби через гіпотонію м'язів та глибокий парез лівої ноги, загальну слабкість, швидку втому, дратівливість, плаксивість і депресивні розлади. Отримані дані стали основою для застосування індивідуального підходу відновлювального лікування в процесі фізичної реабілітації на стаціонарному етапі. Відповідно до цього було підбрано комплексну програму реабілітації, що передбачала спільне застосування ряду методів (фізичні, фізіотерапевтичні, медикаментозні, психотерапія, лікувальний масаж).

Результати дослідження та їх обговорення. Задачами ЛФК раннього відновного періоду були наступні: підвищення загального тону організму, покращення функціонального стану серцево-судинної й дихальної систем, нормалізація кровопостачання мозку та артеріального тиску, відновлення активних рухів та навичок ходьби, покращення психічного стану хворого, самостійна ходьба вздовж поручня та з одноопорною палицею, розширення рухового режиму від палатного до вільного, можливість самостійного самообслуговування із частковою потребою у сторонній допомозі та догляді.

Комплекс ЛФК включав виконання пасивних вправ для паретичних кінцівок, роботу на спеціальних тренажерах, активних вправ біля поручнів, навчання та відпрацювання навички ходьби в залежності від функціональних порушень та фізіологічних можливостей пацієнта. При цьому використовувався допоміжний інвентар (вертикалізатор, одноопорна та чотирихопторна палиці, навчальні сходи, обтяжувачі).

Спеціальні вправи, в першу чергу, були спрямовані на підвищення функціональної рухливості в паретичних кінцівках, укріплення м'язового корсету, створення компенсацій за рахунок працюючих м'язів. Крім того, ефективним було застосування дихальних вправ з подовженим видихом, діафрагмальне дихання та дихальні вправи з елементами розслаблення.

Важливою умовою успішної реабілітації стало саме дотримання всіх принципів реабілітації (ранній початок, індивідуальність реабілітаційних заходів, систематичність і тривалість, комплексність відновлювальних заходів, поетапна побудова відновного лікування, активна участь в процесі відновлення самого хворого і його близьких). Це дало змогу досягти поставлених задач ЛФК, сприяло позитивним зрушенням і динаміці відновлення хворого з покращенням показників м'язової, серцево-судинної та дихальної систем. Пацієнт після 3-го тижня реабілітації відновив стереотип самостійної ходьби за допомогою поручня та одноопорної палиці, зміцнив м'язовий корсет, укріпив м'язи лівої

ноги. Позитивна динаміка функціональних можливостей вплинула на загальний психічний стан пацієнта, додала оптимістичності і бадьорого настрою, що сприятиме подальшому одужанню хворого. Складність процесу відновлення після перенесеного ішемічного інсульту обумовлював важкий психоемоційний стан та деякі когнітивні розлади хворого.

Проведені дослідження дозволяють зробити висновок, що нові підходи до фізичної реабілітації пацієнтів із врахуванням періоду хвороби на основі індивідуальної реабілітаційної програми, адекватно поставлених цілей та завдань ведуть до більш швидкого відновлення порушених функцій, дають змогу хворим скоріше стати оптимально незалежними та підвищують якість їх життя.

Список використаної літератури:

1. Баннікова Р. Сучасний погляд на фізичну реабілітацію наслідків гострих порушень мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді/ Р. Баннікова, В. Керестей, Ю. Магнушевський // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2017. – № 1. – С. 47–52.

2. Калмиков С. А., Манучарян С. В., Миронова Г. В. Аналіз ефективності фізичної реабілітації чоловіків другого зрілого віку, хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі. – Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2016. – № 2. – С. 21–23.

3. Короткий О. В. Аналіз стану здоров'я населення та функціонування системи надання первинної медичної допомоги у 2011–2015 рр. (на прикладі міста Києва). – Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С.140–146.

4. Підкопай Д. О., Бірюкова Т. П. Особливості методики лікувальної фізичної культури хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі з урахуванням рухового режиму. // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2016. – № 2. – С.61–63.

Науковий керівник: к.б.н., доцент кафедри анатомії, фізіології та фізичної реабілітації
Кудій Л. І.

В.О. Гвоздь

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА

Верхня кінцівка є складною біомеханічною системою, елементи якої функціонально взаємозв'язані. Тому ушкодження тієї чи іншої її частини будуть призводити до порушення функції верхньої кінцівки в цілому. Ураження елементів плечового суглоба та зниження його функціональної активності має максимально несприятливий вплив на функціонування верхньої кінцівки [5].

Переломи плечової кістки становлять у середньому 5-13% переломів по відношенню до всіх переломів, а переломи проксимального кінця плечової кістки - 75-80%. Частота переломів хірургічної шийки плечової кістки становить 75-90 випадків на 100 000 населення на рік. У 75% пацієнтів переломи проксимального відділу плечової кістки виникають у віці старше 60 років, при цьому у жінок вони зустрічаються в 2-3 рази частіше, що безпосередньо пов'язано зі змінами гормонального фону та розвитком остеопорозу. Тому переломи проксимального відділу плечової кістки стають не тільки медичною, а й соціальною проблемою та за значимістю стоять на другому місці після переломів шийки стегнової кістки [1].

Внутрішньосуглобові (епіфізарні) переломи супроводжуються крововиливом в порожнину суглоба, пошкодженням його хряща, сумки, зв'язкового апарату, порушенням конгруентності суглобових поверхонь при зміщеннях відламків. Найбільш часто зустрічаються переломи хірургічної шийки плечової кістки, хоча до внутрішньосуглобових переломів відносяться також переломи головки, анатомічної шийки, переломи великого і малого горбика. Розрізняють такі різновиди переломів хірургічної шийки плеча: вколочений перелом, при якому периферичний уламок вклинюється в центральний, абдукційний (відвідний) перелом, аддукційний (привідний) перелом [2].