

Отже, ефект гальмування прогресуючої міопії, підтверджений дослідженнями у всьому світі, робить ортокератологію особливо привабливою для дитячої та підліткової офтальмологічної практики, засобом вибору при прогресуючій короткозорості. Медичне, соціальне і економічне значення цього факту важко переоцінити.

#### Список використаної літератури:

1. Аверьянова О.С. Контроль близорукости у подростков с помощью рефракционной терапии Paragon CRT: результаты 4-х летнего наблюдения / О.С. Аверьянова, А.И. Ковалев // Юбилейная научная конференция «Невские горизонты –2010». – СПб., 2010. – С. 8–13.
2. Бушуева Н.Н. Современные аспекты патогенеза и лечения прогрессирующей миопии / Н.Н. Бушуева // Научно-практична конф. дитячих офтальмологів України з міжнародною участю : тези та лекції (м. Севастополь, 4–5 жовтня, 2012 р.). – К., 2012. – С. 282–291.
3. Вержанская Т.Ю. Влияние ортокератологических линз на клинико-функциональные показатели миопических глаз и течение миопии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006.
4. Кузнецова М.В. Влияние ортокератологических линз на зрительные функции и состояние глаз близоруких больных // Современная оптометрия. 2010. № 2. С. 29–31.
5. Офтальмологічна допомога в Україні за 2005-2014 роки / Аналітично-статистичний довідник // Ю. В. Вороненко, М. В. Голубчиков, О. П. Вітовська, С. О. Риков та ін.- К. Логос, 2015. - 230 с.
6. Тарутта Е.П., Вержанская Т.Ю., Мирсаяфов Д.С. Ортокератология при миопии: Пособие для врачей / Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. М., 2006. 18 с.
7. Терапевтична офтальмологія. Посібник з офтальмології. За редакцією Г.Д. Жабоедова, А.О. Ватченко, К.: “Здоров’я”, 2003 - 133 с.
8. Case series analysis of myopic progression control with a unique extended depth of focus multifocal contact lens. [Електронний ресурс] / [J. Cooper, B. O'Connor, R. Watanabe та ін.] // Eye Contact Lens. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
9. Hung G. K. Quantitative analysis of the effect of near lens addition on accommodation and myopigenesis / Hung G. K., Ciuffreda K. J. // Curr Eye Res. – 2000. – № 20. – С. 293–312.
10. Smith III E. L. Visual regulation of refractive development: insights from animal studies / E. L. Smith III, L. Hung, B. Arumugam // Eye (Lond.). – 2014. – № 28. – С. 180–188.
11. Walline J.J. Corneal reshaping and myopia progression / JJ. Walline, L.A. Jones, L.T. Sinnott // Br J Ophthalmol. – 2009. – № 93. – P. 1181–1185.

*Науковий керівник: к.б.н., доцент А. В. Рибалко*

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

**Т. В. Харченко**

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

**Ішемічний інсульт** – гостре порушення мозкового кровообігу внаслідок дефіциту надходження артеріальної крові до головного мозку, що призводить до його гіпоксії та розвитку ділянок некрозу. Виникає переважно внаслідок оклюзії кровоносних судин.

Інсульт посідає друге місце серед хвороб із фатальними наслідками, а також є найбільш поширеною причиною втрати працездатності. У світі у 2005 р. він став причиною 5,7 млн смертельних випадків і прогнозувалося зростання смертності внаслідок інсульту до 6,7 млн у 2015 р. і до 7,8 млн у 2030 р. [1; 2; 4]. Переважна більшість пацієнтів, які перенесли інсульт і вижили, стають неповносправними, а 20–25 % з них до кінця життя потребують сторонньої допомоги в повсякденному житті.

В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, пов'язана з наслідками інсульту. Смертність від інсульту серед чоловіків у віці 47–74 років становить 606, а серед жінок – 408 осіб на 100 тис. населення. До того ж статистика інсульту в Україні має тенденцію до подальшого погіршення, тоді як у багатьох інших країнах ситуація суттєво

покращується. При цьому слід зазначити, що смертність від інфаркту міокарда знижується й це навряд чи можна пояснити поліпшенням у матеріальній сфері; причина, скоріше, полягає в дієвій реорганізації кардіологічної служби та впровадженні в практику сучасних світових стандартів. Усе це свідчить про те, що реабілітація хворих після інсульту відіграє велику роль, займає важливе місце і є актуальним напрямом розвитку неврології.

Ішемічний інсульт супроводжується низкою неврологічних симптомів. Найчастіше трапляються односторонні моторні й чутливі порушення, вегетативні розлади [3; 6]. Метою реабілітації є зменшення кількості ускладнень інсульту, досягнення повного або часткового відновлення втрачених неврологічних функцій, максимальної здатності хворого вести нормальний спосіб життя [3].

Метою нашої роботи було розробити та науково обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації осіб, хворих на ішемічний інсульт, оцінити ефективність впливу підбраного комплексу методів фізичної реабілітації.

Методи дослідження – аналіз науково-методичної літератури, клінічні методи дослідження (збір анамнезу, зовнішній огляд, пальпація, перкусія); інструментальні методи дослідження (пульсометрія, артеріальна тонометрія, динамометрія); метод математичної статистики.

Для успішного проведення реабілітаційних заходів і досягнення поставлених конкретних цілей необхідно дотримання основних принципів реабілітації: комплексність; ранній початок; етапність; наступність; безперервність; послідовність; індивідуальний підхід; активна участь хворого в реабілітаційному процесі.

Методика фізичної реабілітації хворих на ішемічний інсульт поєднувала: відновлення порушених рухових, мовленнєвих та сенсорних функцій; профілактику виникнення ускладнень (дихальних, контрактур, виникнення патологічних поз, трофічних порушень); відновлення навичок самообслуговування; покращення загального фізичного та психоемоційного стану пацієнтів [ 5, 6, 7]. Також вона передбачала постійний контроль артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Невід'ємним завданням фізичної реабілітації хворих був інструктаж родичів та осіб, які доглядають їх [8].

Під час реабілітаційного обстеження хворих визначали рівень володіння руховими навичками, тонус м'язів уражених кінцівок, ступінь ураження рухових функцій верхньої кінцівки, кисті, нижньої кінцівки, стопи [2, 4].

Для уникнення розвитку патологічних поз, характерних для післяінсультного стану, а особливо основної патологічної пози Верніке — Манна, ураженим кінцівкам надавали положення, протилежного цій позі. Кожні дві години змінювали розгинальне положення кінцівок на згинальне і навпаки.

Загальнорозвиваючі вправи були спрямовані на зміцнення організму в цілому та для покращення загального фізичного стану. Спеціальні вправи були спрямовані на розвиток компенсаторних можливостей організму та вдосконалення навичок самообслуговування.

Для збільшення сили м'язів ураженої сторони використовували фізичні вправи з обтяженням масою власного тіла чи кінцівки, вправи з подоланням опору, який створює фахівець з фізичної реабілітації, вправи з обтяженням предметами [2]. Для покращення рівноваги використовували вправи з різних вихідних положень: положення лежачи, сидячи, стоячи.

Навчання навичок самообслуговування проводили з перших днів перебування пацієнтів у відділенні з метою якомога швидшої, хоч і мінімальної, активізації хворих та полегшення догляду за ними.

Реабілітацію хворих починали разом з фахівцем фізичної реабілітації та кардіологом на другий день після надходження хворого до стаціонару. Проводилися індивідуальні заняття 5 разів на тиждень, один раз на день, при необхідності 2–3 рази. На початку курсу реабілітації тривалість занять становила 20–30 хвилин і доводилась до 60 хвилин.

Щоденно до та після заняття фізичною реабілітацією, а також після виконання кожної вправи, за потреби, вимірювали артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень. Якщо артеріальний тиск підвищувався на 20 мм рт.ст. і більше, то заняття припиняли, у разі зміни частоти серцевих скорочень пацієнтам давали відпочинок [2].

Внаслідок тривалого перебування в лежачому положенні для уникнення розвитку гіпостатичної пневмонії виконували дихальні вправи тричі на день до того часу, поки хворого можна було переводити у вертикальне положення. Дихальні вправи виконували тричі на день по 5 разів кожену вправу з інтервалом 1–2 хвилини.

Проведені нами дослідження підтверджують те, що у відновному лікуванні після ішемічного інсульту робота з хворим має бути спрямована на відновлення втрачених функцій і потребує значних зусиль як від фахівця фізичної реабілітації, так і від самого хворого. У гострому періоді інсульту під час проведення активної реабілітації слід використовувати строго дозовані фізичні навантаження, не допускати втоми хворого і навантаження збільшувати поступово.

#### **Список використаної літератури:**

1. Виленский Б. С. Инсульт. Современное состояние проблемы / Б. С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – №2. – С. 4–10.
2. Виленский Б. С. Современное состояние проблемы инсульта / Б. С. Виленский, Н. Н. Яхно // Вестник Российской АМН. – 2006 – № 9–10. – С. 18–23.
3. Волошин П. В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П. В. Волошин, Т. С. Міщенко, Є. В. Лекомцева // Міжнар. невролог. журн. – 2006. – № 3 (7). – С. 9–13.
4. Коваленко В. М. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу / В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, Т. С. Манойленко. – К., 2009. – 145с.
5. Медицинская реабилитация. Руководство / под ред. В. М. Боголюбова : в 3 т. – М. : Медицина, 1999. – Т. 1. – 684 с.
6. Міщенко Т. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / Т. С. Міщенко // Судинні захворювання головного мозку. – 2006. – № 1. – С. 3–7.
7. Мурашко Н. К. Упровадження сучасних методів лікування цереброваскулярних захворювань у систему професійних цінностей лікарів сімейної медицини / Н. К. Мурашко // Сімейна медицина. – 2010. – № 1. – С. 72–74.
8. Ревенько І. Л. Епідеміологія інсульту в Україні / І. Л. Ревенько // Запорозький мед. Журн.- 2010.т.12 №3

*Науковий керівник: к.б.н., доцент А. В. Рибалко*

## **АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ**

**О. В. Шкеліберда**

Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького

Ожиріння характеризується різноманітними гормональними і метаболічними порушеннями, а також патологічними морфологічними і функціональними змінами практично всіх органів і систем [1, 4, 8]. Патологічне збільшення маси тіла створює