

**Міністерство освіти і науки України
Херсонський державний університет**

**ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

*Матеріали I регіональної студентської
науково-практичної конференції*

(13-14 травня 2020р)

Херсон – 2020

УДК 615.8
Т 33

Затверджено відповідно до рішення
вченої ради Херсонського державного університету
(протокол від 25.05.2020 № 11)

Упорядники:

Антоніна Гурова – кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету
Юлія Карпухіна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

Рецензенти:

Тетяна Дегтяренко – доктор медичних наук, професор кафедри біології та охорони здоров'я Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського

Наталія Гребенюк – кандидат медичних наук, викладач-методист вищої категорії Херсонського базового медичного коледжу Херсонської обласної ради

Теоретичні та практичні аспекти фізичної реабілітації: матеріали
Т 33 І регіональної студентської науково-практичної конференції (13 – 14 травня 2020 р., м. Херсон) / упорядники А.Гурова, Ю.Карпухіна. – Херсон: Книжкове видавництво ФОП Вишемирський В.С., 2020. – 76 с.

ISBN 978-617-7783-80-9

Матеріали І регіональної студентської науково-практичної конференції «Теоретичні та практичні аспекти фізичної реабілітації» включає статті, що написані самостійно студентською молоддю, або у співавторстві з науковими керівниками. Містить сучасні погляди на процес реабілітації, показує вплив відновної терапії при різних патологіях та ушкодженнях, надає обґрунтовані позиції необхідності використання засобів фізичної терапії у відновному лікуванні на лікарняному та після лікарняному періодах реабілітації.

Відповідальність за зміст статей несуть автори та їхні наукові керівники.

УДК 615.8

ISBN 978-617-7783-80-9

© ХДУ, 2020
© ФОП Вишемирський В. С., 2020

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Райса Чаланова – доктор медичних наук, професор кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету за сумісництвом

Антоніна Гурова – кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

Юлія Карпунхіна – кандидат біологічних наук, доцент кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

Аркадій Коньков – кандидат медичних наук, доцент кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

Тетяна Козій – кандидат біологічних наук, доцент кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

Наталія Васильєва – кандидат біологічних наук, доцент кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

Інна Таран – кандидат наук з фізкультури і спорту, старший викладач кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

Тетяна Бірюкова – викладач кафедри медицини та фізичної терапії Херсонського державного університету

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. Сучасні досягнення фізичної терапії, ерготерапії та спортивної медицини	6
<i>П'ятницький О.Ю., Гурова А.І.</i> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВИДАТНИХ ФУТБОЛІСТІВ ПРИ ТРАВМАХ	6
<i>Соломчак О.Е.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗІ СПИНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ	8
СЕКЦІЯ 2. Фізична реабілітація представників різних нозологічних груп.....	11
<i>Бортник О.О., Гурова А.І.</i> ПРОБЛЕМА ПЛОСКОСТОПОСТІ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	11
<i>Голік А.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ХВОРИХ НА ГАСТРИТ.....	15
<i>Кочмарьова І.</i> ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.....	18
<i>Лисенко Т.В.</i> ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА ТА МЕТОДИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ	20
<i>Мороз Д.О.</i> СУЧАСНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ	25
<i>Нех Є.</i> РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ	28
<i>Петровцій Я.О.</i> ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ НИЖНІМИ КІНЦІВКАМИ	30
<i>Чепелюк А.В.</i> ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ	33
СЕКЦІЯ 3. Технології та іноваційні методи фізичної, соціальної реабілітації	36
<i>Возняк Н.В.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОТЕРАПЕВТИЧНОГО АПАРАТУ «SERAGEM» ПРИ УРАЖЕННЯХ ХРЕБТА	36

<i>Данильчук Л.В.</i> ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНЬ	40
<i>П'ятигорець В.С.</i> ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ РАКОМ ШЛУНКА ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ	43
<i>Клименко Д.І., Таран І.В.</i> ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ МЕТОДІВ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ КИСТІ У ОСІБ З МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ.....	45
<i>Тихоненко Ю.А., Карпухіна Ю.В.</i> ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	47
<i>Олейник В.Є., Таран І.В.</i> ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У СЕНСОРНІЙ ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	50
СЕКЦІЯ 4. Оздоровчий фітнес	54
<i>Гузій Д.А.</i> КІНЕЗІОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ СУГЛОБОВОГО АПАРАТУ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ	54
<i>Паніна А.Н.</i> ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	56
<i>Полюга А.А., Козій Т.П.</i> ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ЖИРОВИЙ КОМПОНЕНТ МАСИ ТІЛА У ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ.....	59
<i>Семенова В.К., Карпухіна Ю.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛФК ПРИ ГАСТРИТАХ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ	63
СЕКЦІЯ 5. Рекреаційні технології та нетрадиційні методи реабілітації	66
<i>Бондар Н.А., Гурова А.І.</i> ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ ІПОТЕРАПІЇ НА БАЗІ КІННОГО КЛУБУ « ЕМІЛІЯ»	66
<i>Вишнякова Н.А., Бірюкова Т.В.</i> ЙОГА ЯК ОЗДОРОВЧИЙ ВИД РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ, ЇЇ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ	69
<i>Чуласова О.П., Гурова А.І.</i> ВАЖЛИВІСТЬ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ.....	72

СЕКЦІЯ 1

Сучасні досягнення фізичної терапії, ерготерапії та спортивної медицини

**П'ятницький О.Ю.
Гурова А.І.**

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВИДАТНИХ ФУТБОЛІСТІВ ПРИ ТРАВМАХ *Херсонський державний університет*

Футбол – це командний вид спорту, в який грають між двома командами по одинадцять гравців зі сферичним м'ячем. Близько 250 мільйонів чоловіків і жінок із більш ніж 200 країн світу грають у футбол, що робить його найпопулярнішим видом спорту. Він також є олімпійським видом спорту [4].

Не дивно, що цей вид спорту з кожним роком набирає все більше прихильників. Футбол, також, являється дуже атлетичним видом спорту, тут працюють не лише ноги, але й все тіло. Саме футбол є однією з найбільш травмонебезпечних ігор, бо він є контактним видом спорту. Незалежно від віку і рівня професіоналізму, ніхто з любителів цього виду спорту не застрахований від травм. Дослідженням футбольного травматизму приділяється велика увага. Найчастіше футболісти отримують травми стопи, гомілковостопного суглобу, гомілки, колінного суглобу, кульшового суглобу, паху і спини. В футболі є кілька основних механізмів отримання травм, їх частота відрізняється в залежності від ролі футболіста на полі [1].

Можна сказати, що саме через великі навантаження та контакт між футболістами, виникають пошкодження зв'язок, разом з ними травмуються меніски колінних суглобів і зв'язковий апарат гомілковостопного суглоба, спостерігаються розриви м'язів задньої поверхні стегна і привідних м'язів.

Розглянемо найбільш поширені травми коліна. Пошкодження хрестоподібних зв'язок є однією з найголовніших травм серед футболістів. Як правило, лікувальний процес займає приблизно 6-9 місяців, але при добрій реабілітації цей процес можна прискорити. З цією травмою стикався такий відомий італійський футболіст як Джузеппе Россі, який в 2011 році в матчі проти «Реала», отримав розрив передньої хрестоподібної зв'язки коліна. Після довгого відновлення (більше шести місяців лікування), він вже був готовий вийти на поле, проте на тренуванні у 25-річного футболіста стався рецидив травми, який вибив його з ладу ще на довгий час. Він переніс хірургічне втручання в США і вибув ще на десять місяців. Здолавши всі труднощі, він знову повернув колишню форму і забивав голи,

мало не кожен матч, ставши кращим бомбардиром чемпіонату Іспанії 2013 року [3].

Пошкодження медіальної колатеральної зв'язки також є складним пошкодженням коліна, але тільки ушкодження стосується зв'язок з внутрішньої сторони. Різке скручування або сильний удар – основні причини виникнення такої травми, які можуть привести до різного ступеня ушкодження зв'язок. До цієї проблеми варто поставитися дуже серйозно, так як від функціонування цієї зв'язки залежить такий вид діяльності як біг і ходьба. Одним з видатних футболістів, який отримав цю травму, був Кріштіану Роналду (Португалія). В фіналі Євро-2016 на 20 хвилині матчу, він зіткнувся з гравцем збірної Франції Дімітрі Пайє. Після декількох днів ретельних досліджень у таборі збірної та у медичних структурах мадридського «Реалу» стало відомо, що у Роналду діагностовано розтягнення медіальної зв'язки лівого коліна 1-го ступеня. Якщо пошкодження медіальної коллатеральної зв'язки ізольоване, ускладнень немає, успішно застосовуються консервативні методи терапії. Безопераційна терапія складається з накладення фіксуєючої пов'язки, яка не закриває колінний суглоб. Триває регулярне прикладання холодних компресів. Біль проходить через кілька днів після травми, але, якщо людина сприйнятлива до фізичного дискомфорту, рекомендується і далі приймати знеболюючі препарати. Через кілька тижнів можна приступати до реабілітаційної програми, яка готується фахівцями для кожного пацієнта окремо [3].

Ушкодження меніска – це травма яка зустрічається досить часто. Таку травму футболісти, як правило, заробляють при контакті один з одним на ігровому полі. Лікування може проводитися без хірургічного втручання консервативним методом. Лікувальна гімнастика – один з головних методів відновлення меніска після травми, що дозволяє колінному суглобу знову рухатися повноцінно. Лікувальна фізична культура призначається пацієнтам через 3 тижні після отримання травми, при проведенні медикаментозного лікування, або ж через 2 місяці, в разі якщо робили операцію. Втручання хірургів необхідно, найчастіше, при сильних розривах і в більшості випадків зроблена операція дає позитивний результат. З цією травмою стикалися такі гравці як: Андрій Шевченко (Україна), Дідьє Дрогба (Кот-д'Івуар) та Джузеппе Россі (Італія). Час відновлення після ушкодження меніска складає при консервативному лікуванні 1 - 2 місяці, а після операції 1,5-3 місяці.

Частою травмою у футболістів є ушкодження пахових м'язів. Надрив або розрив одного з п'яти привідних м'язів паху вимикає гравця з робочого процесу надовго. Все залежить від тяжкості травмування, але воно дуже поширене серед футболістів. Травмування пахових м'язів, мабуть, отримував кожен футболіст як на професійному, так і на аматорському

рівні. Ця травма була у такого відомого футболіста, як Антуан Грізмманн (Франція) та у багатьох інших. При консервативному лікуванні, у перші 7-10 днів після травми, рекомендоване лікування відпочинком та компресами з льоду, які полегшують біль. Якщо з'являється випукле новоутворення в області паху, обгортання або пов'язка можуть допомогти полегшити хворобливі симптоми. Через два тижні після травми, можна почати виконувати фізичні вправи, які будуть зміцнювати силу та еластичність м'язів живота і внутрішньої сторони стегна. У багатьох випадках, 4-6 тижнів фізіотерапії позбавляють від болю і дозволяють футболісту повернутися до тренувань. Якщо, все ж таки, без операції не обійшлося, то фізичний реабілітолог підготує план реабілітації, що допоможе відновити силу і витривалість. Більшість спортсменів повертаються до футболу через 6-12 тижнів після операції [2].

Отже, при будь-яких травмах футболістів, важливо якнайшвидше здійснити першу допомогу та правильно скласти і застосувати реабілітаційну програму. Ця програма повинна включати усі методи і засоби фізичної реабілітації відповідно до отриманої травми. Тільки у такому випадку спортсмен може швидко відновитися і повернутися до тренувань.

Література:

1. Боженко О. В. Технічні засоби медичної реабілітації стоп : Монографія / О. В. Боженко. – Суми : Джерело, 2005. – 128 с.
2. Кузнецов О. Ф. Криомасаж – ефективная технология восстановительной медицины / О. Ф. Кузнецов// Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2003. – № 5. – С. 39–45.
3. Середя А. П. Повреждения и разрывы передней крестообразной связки [Электронный ресурс] / Андрей Петрович Середя. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ski.ru/az/blogs/post/povrezhdeniya-i-razryvu-perednei-krestoobraznoi-svyazki/>
4. Футбол [Электронный ресурс] /. — Электрон. журн. — 2019. — Режим доступа: <https://uk.wikipedia.org/wiki/Футбол>

Науковий керівник – доцент Гурова А.І.

Соломчак О.Е.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСІБ ЗІ СПИНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Херсонський державний університет

Спинальна травма характеризується ушкодженнями анатомічної цілісності хребетного стовпа та спинного мозку та супроводжуються порушенням функції.

Прогноз відновлення порушених функцій при спинальній травмі залежить від характеру і ступеня пошкодження спинного мозку, рівня

травми, наявності ускладнень, супутньої патології, часу початку реабілітаційних заходів, якості догляду за хворим і формує індивідуальні цілі і завдання реабілітаційних заходів [3].

Метою реабілітації хворих зі спинальною травмою є повне відновлення нормальної життєдіяльності. Для досягнення мети повинні бути вирішені наступні завдання: стабілізація пошкодженого спино-мозкового сегмента, усунення (якщо є) деформації хребетного каналу, ліквідація больового синдрому, повне відновлення порушених функцій в гострий період травми хребта та спинного мозку, відновлення соціально-побутової активності і працездатності.

У важких випадках паралізованим, які вимушені проводити лежачи в ліжку більшу частину часу, пасивні згинання та розгинання стегон, корисні для відновлення і підтримки функцій внутрішніх органів, навіть самі прості (поворот з одного боку на інший, перевертання зі спини на живіт, зведення та розведення колін, їх обертання і т.п.), перш за все шлунково-кишкового тракту, сечовидільної системи. Профілактичні заходи – важливе завдання фізичної терапії [1].

Для постійно прикутих до ліжка можна відзначити такі лікувальні пози – положення на животі і стоячи на колінах. Це пасивна гімнастика для черевної порожнини і тазових органів. Контрпози і вправи відновлюють «порядок» насамперед черевній порожнині і малому тазі, вірним засобом в боротьбі з застійними явищами слугують і профілактикою утворення внутрішніх пролежнів. Особливо ефективні вправи, якщо робити їх регулярно, принаймні по кілька хвилин, але багаторазово упродовж дня.

Вихідні положення, що змінюють напрямок сили внутрішньочеревного тиску і сили тяжіння самих органів є найбільш сприятливі. Це такі як колінно-ліктьове, положення з піднятим тазом, колінно-долонне – лежачи на спині або на животі, але з піднятим ножним кінцем ліжка (або на обертовому столі). Вони найвигідніші для пошкодженого хребта з фізіологічної точки зору.

Також не менш важливим завданням пролежнів є відновлення нормальної функції сечовипускання. Метод відновлення рефлекторного сечовипускання застосовується з перших днів після травми і складається в періодичному перекриванні катетера або дренажної трубки на 3-4 год, коли йде заповнення міхура. Так сечовому міхурі виробляється потрібний ритм, зберігається свій об'єм.

Дихальні вправи поєднують з енергійними рухами рук і корпусу. Це так зване активне (динамічне) дихання. Головний його принцип: при піднятті рук вгору і розведенні їх в сторони грудна клітка розкривається – вдих; грудна клітина стискається із приведенням рук до тулуба і опусканням їх вниз – тривалий видих. Фаза видиху повинна бути довшою за вдих. Те ж відноситься до корпусу: при нахилах, угрупованню – видих, при

випрямленні – вдих. Узгодженість амплітуди і темпу руху необхідна бути суворою, що виконується руками і тулубом, з ритмом і глибиною дихання. [2].

Окрім вищевказаних профілактичних заходів необхідно слідкувати за посттравматичними або післяопераційними легневими ускладненнями, тренуючи відповідну мускулатуру, збільшуючи рухливість грудної клітини і діафрагми, забезпечуючи нормальний газообмін в тканинах. Це сприяє оптимальному ранньому початку реабілітації хворого та готує його до відновлення рухових функцій.

Література:

1. Богдановська Н.В. Сучасні технології в реабілітації хворих із спинномозковою травмою / Н.В. Богдановська // Вісник Запорізького національного університету. – 2012. – 224 с.
2. Красов Л.И. Одолевший неподвижность / Л.И. Красов. – М.: «Советский спорт», 1996. – 352 с.
3. Реабилитация при позвоночно-спинальной травме / [Б.В. Гайдар, Ю.А. Шулев, В.В. Руденко и др.]. – СПб: Специальная литература, 1997. – 670 с.

Науковий керівник – доцент Васильєва Н.О.

СЕКЦІЯ 2

Фізична реабілітація представників різних нозологічних груп

**Бортник О.О.
Гурова А.І.**

ПРОБЛЕМА ПЛОСКОСТОПОСТІ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ ТА ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Херсонський державний університет

Розвиток опорно-рухового апарату відіграє велику роль для здоров'я людини. Тому його стан необхідно контролювати з самого дитинства. Якщо виявити перші ознаки плоскостопості у дитини та вчасно звернутися до спеціаліста – це буде основний спосіб попередження розвитку проблем з боку як ОРА, так і інших органів. За відсутності терапії, дитяча плоскостопість, у подальшому, може призвести, до змін самої ступні та ходи, артрозу суглобів нижніх кінцівок, варикозу, розвитку сколіозу або остеохондрозу та больового синдрому хребта.

Плоскостопість – це викривлення стопи, яке полягає в опущенні її склепінь, саме це є причиною того, що вона стає плоскою. Здається, що плоскостопість представляє собою проблему кісткового апарату, та основна причина цієї патології – захворювання зв'язок і м'язів, а саме сполучної тканини, яка підтримує стопу. Якщо сполучна тканина слабка, тоді і стопа стає «розпластанною». Та плоскостопість – це не тільки порушення з боку зв'язкового апарату. Як правило, вона пов'язана із іншими елементами дисплазії, що полягає у порушенні розвитку опорно-рухового апарату організму вже на стадії ембріона та у перші роки життя після народження. Недиференційована дисплазія сполучної тканини виявляється у вигляді зовнішніх і внутрішніх ознак. Це може бути деформація грудної клітини кривошия, плоскостопість [5].

Основна суть плоскостопості, як хвороби, виявляється у порушенні будови стопи та проявляється у відсутності склепіння, яке необхідне для здійснення двох основних функцій: амортизуючої – «гасіння» поштовхів, які виникають при ходьбі або бігу та опорної – утримання всієї ваги тіла при навантаженні на ноги. Склепіння захищає від тиску судини, нерви і м'язи стопи. У результаті сплюснення кісток – різко погіршується опорна функція кінцівок, змінюється положення хребта і тазу, які призводить до дефектів та зміни постави. В деяких випадках можливий навіть розвиток деформації хребта. Немовлята часто народжуються із гнучкою плоскостопістю. На момент народження структурою, яка домінує в ділянці медіального (внутрішнього) краю підошовної дуги, є жирова тканина. На

протязі першого десятиліття життя медіальний край поздовжньої арки із кістками, м'язами, зв'язками всередині стопи, розвиваються одночасно. До 2 років у дитини зазвичай формується медіальна арка, яка помітна у положенні, коли дитина сидить. Вона може зменшуватися, якщо є навантаження на ноги, при цьому стопа стає плоскою. Гнучка плоскостопість часто зникає до 10 років, та в деяких пацієнтів зберігається у підлітковому і дорослому віці [4].

Хвороби людей завжди викликають негативні емоції, а якщо проблеми зі здоров'ям виникають у дітей, то це вдвічі більша проблема. З кожним роком стан здоров'я населення погіршується, про це свідчать офіційні показники Департаменту охорони здоров'я ХОР [2]. Такі негативні данні пов'язані з багатьма чинниками.

Чисельність дітей, які народжуються з тією чи іншою патологією з кожним роком безперервно зростає. Багато проблем виникають в ембріональному періоді, через ту або іншу генетичну патологію, деякі порушення пов'язані безпосередньо з періодом пологів, а інші – з неправильним доглядом за дитиною, особливо, на перших етапах розвитку. Захворювання опорно-рухового апарату дітей є дуже актуальним питанням сьогодення. Лікарі-ортопеди нашого міста допомогли вивчити стан цієї проблеми. З кожним роком кількість дітей, які мають вади саме опорно-рухового апарату, невпинно збільшується [1].

Ми проаналізували статистику поширеності плоскостопості і виявили, що серед усіх захворювань опорно-рухового апарату у дітей міста Херсона і області, плоскостопість є однією з домінуючих проблем. На жаль, початковий етап цієї хвороби дуже часто залишається без уваги і призводить до того, що плоскостопість стає запущеною. Розуміння стану проблеми є дуже важливим для запровадження негайних заходів профілактики і запобігання подальшого розвитку захворювання.

Щодня до лікувальних закладів міста Херсона звертаються багато батьків, яких турбує стан опорно-рухового апарату у дітей. Огляд дитини ортопедом є обов'язковим у віці 1 місяця, 6 та 10 років. Якщо лікар запідозрив патологію з боку опорно-рухового апарату, то така дитина ставиться на диспансерний огляд. Кінцевий діагноз лікарі виставляють після 10–11 років та детального обстеження. Для цього ортопеди використовують такі методи, як: опитування, далі відбувається огляд, тобто візуальна оцінка стопи. Серед вимірювальних методів – педометричний та плантографічний, рентгенографія.

На основі статистичних даних дитячої обласної лікарні вдалося дослідити та проаналізувати стан проблеми плоскостопості (табл. 1), в м. Херсоні за 2017 – 2019 роки. Дослідження цієї інформації дає змогу оцінити показники даної хвороби. З цієї таблиці ми бачимо, що за 2017 рік

до лікаря-ортопеда звернулося 6984 дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, серед яких 2854 дитини – міське населення. Серед дітей міста у 581 дитини був виставлений попередній діагноз «плоскостопість». Після детального обстеження у 254 дітей діагноз підтвердився, що становить 8,9% від загальної кількості міських дітей, які звернулися до лікаря. Дуже часто на консультацію до лікарні дітей направляють дільничні педіатри, які не можуть точно підтвердити наявність проблеми.

Таблиця 1

Поширеність плоскостопості в м. Херсоні за 2017 – 2019 роки

Період	Заг. к-сть дітей	Жителі м. Херсон	Попередній діагноз «плоскостопість»	Підтверджений д-з «плоскостопість»
2017 рік	6984	2854	581 (20,4%)	254 (8,9%)
2018 рік	7391	2729	603 (22,1%)	247 (9,1%)
2019 рік	7564	2981	589 (19,8%)	261 (8,8%)

На кінець 2018 року було представлено таку статистику: зафіксовано 7391 звернення до ортопеда, міське населення – 2729 осіб. Попередній діагноз «плоскостопість» було встановлено 603 дітям, серед яких у 247 він був вірний, що становить 9,1%.

Проаналізувавши данні які маємо за 2019 рік, бачимо, що всього зафіксовано 7564 звернення з дітьми Херсона та області, серед них 2981 особа – це міське населення, попередній діагноз «плоскостопість» виставлено 589 особам з порушенням опорно-рухового апарату, і вже підтверджено 261 випадок цієї хвороби, що становить 8,8%, це наочно представлено на діаграмі (рис. 1).

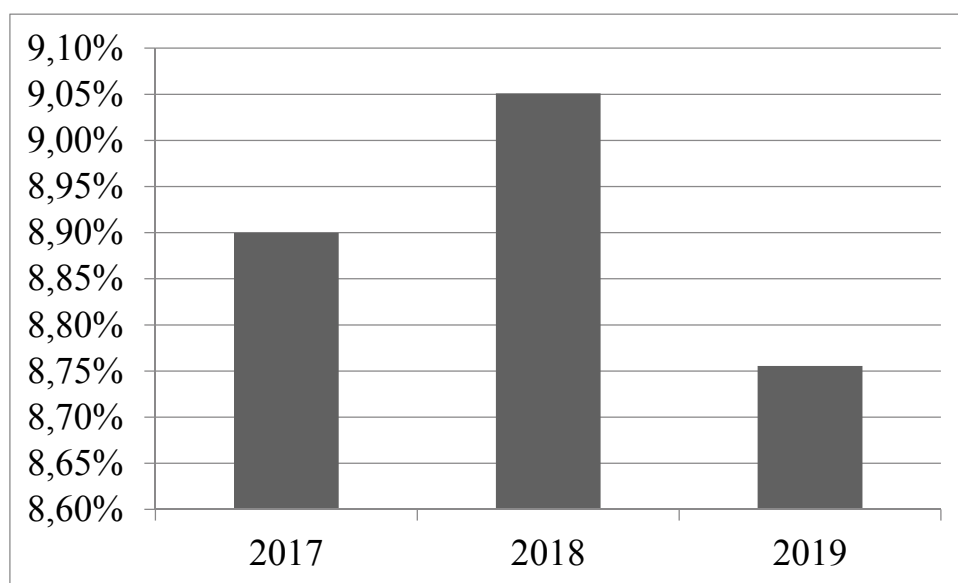


Рис.1. Кількість дітей з підтвердженим діагнозом «плоскостопість»

Проаналізувавши представлені данні, бачимо, що ситуація у м. Херсоні, за три роки, практично не змінилась і коливається в межах 8,8% – 9,1% від усіх захворювань опорно-рухового апарату дітей.

Найчастіше сплюснення склепіння трапляється на першому-другому роках життя. З цих даних можна зробити висновок, що формування склепіння стопи дитини починається із початком ходіння. Однозначно, одним з важливих чинників, що впливають на розвиток і формування стопи, є статико-динамічне навантаження [3].

Ортопеди дитячої обласної лікарні намагаються не встановлювати діагноз «плоскостопість» до 10-11 років тому, що у дітей часто спостерігаються стопи із низьким склепінням в перші чотири роки життя. В процесі росту і розвитку дитини, виявлене сплюснення дуже часто зменшується або практично зникає.

Основними методами, які допомагають в лікуванні плоскостопості є методи фізичної реабілітації, а саме: лікувальна фізична культура, масаж та фізіотерапія. Важливо те, що всі ці заходи будуть ефективними, якщо виконувати їх в комплексі. Фізичні вправи сприяють зміцненню м'язів, масаж та фізіопроцедури – нормалізації порушених функцій, покращенню крово- та лімфообігу, відновленню трофіки та зміцненню опірності організму загалом.

Дуже важливим моментом є також профілактика плоскостопості у дітей. Обов'язковим в режимі дня дітей є заняття ранковою гігієнічною гімнастикою. Особливо ефективно себе зарекомендувало ходіння босоніж, по піску, по гальці та ребристій поверхні, на носках, стрибки у довжину та висоту, біг, катання на велосипеді, плавання. Варто уникати надмірного тривалого навантаження на дитячі стопи. Досить часто рекомендують теплові процедури, які доступні для виконання в домашніх умовах. Сюди можна віднести парафінові та озокеритові аплікації, застосування грязей, проведення контрастних ван та душів, які сприятимуть не тільки зміцнюючому ефекту, а і будуть приємними для дитини.

Література:

1. Офіційний сайт Державного комітету статистики [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Медична статистична інформація «Показники здоров'я населення області» (Захворюваність населення) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://doz-kherson.com.ua/medichna-statistichna-informatsiya.html>
3. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. для студ. вищих мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.С. Прокопчук. - К.: Медицина, 2006. – 248 с.
4. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації: [навч. посіб.] / Г.Окамото; пер. з англ. Ю. Кобіва, К.А. Добриніної. – Львів, 2002. – 232 с.

5. Ардашева О. Дослідження з визначення співвідношення функціональних розладів стопи в дітей дошкільного віку з функціональними розладами та анатомічними змінами стопи / О. Ардашева // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. – 2014. – №1 (25). – С. 53-56.

Науковий керівник – доцент Гурова А.І.

Голік А.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ХВОРИХ НА ГАСТРИТ

Херсонський державний університет

Однією з актуальних проблем сучасної гастроентерології є хронічний гастрит – найпоширеніше органічне захворювання шлунку. За даними ВООЗ від 50 до 80% дорослого населення страждають від хронічного гастриту. Лікування хронічного гастриту комплексне і включає, фітотерапію, оксигенотерапію, дієтотерапію, медикаментозну терапію, питне вживання мінеральних вод, масаж, лікувальну фізичну культуру, фізіотерапевтичне лікування та психотерапію.

Мета і завдання дослідження: застосування основних методів фізичної реабілітації при відновленні хворих з різними видами гастриту. Для досягнення мети необхідно вивчити вплив лікувальної фізкультури, масажу та фізіотерапії при відновленні хворих на гастрит.

При хронічних гастритах лікувальна фізична культура є невід'ємною частиною комплексної терапії. Призначаючи ЛФК хворим на хронічний гастрит, необхідно враховувати моторну та секреторну функцію шлунку, компенсацію патологічного процесу та функціональний стан інших органів травної системи [5].

Основними завданнями лікувальної фізкультури є:

1. Зменшення та ліквідація явищ запалення та створення якомога сприятливіших умов для репаративних процесів в слизовій оболонці шлунку.
2. Стимуляція крово- та лімфообігу в органах черевної порожнини, а також покращення трофіки шлунково-кишкового тракту.
3. Нормалізація моторної та секреторної функцій шлунку.
4. Покращення нейрогуморальної регуляції травлення.
5. Поліпшення психічного та емоційного стану хворого.
6. Збільшення неспецифічної опірності та нормалізація реактивності організму.
7. Адаптація до фізичних навантажень, запобігання гіподинамії [1].

Методика ЛФК при хронічних гастритах залежить від характеру секреторної діяльності. Заняття можна починати проводити після затухання симптомів подразнення шлунку, а також після припинення нудоти, блювання та відсутності болю. В перші дні необхідно використовувати загально-зміцнювальні вправи переважно для кінцівок в поєднанні з дихальними статичними та динамічними вправами. Не можна виконувати вправи для м'язів передньої черевної стінки, так як це може спричинити загострення захворювання. ЛФК під час лікування в стаціонарі проводять у два періоди. Та її методика ґрунтується на фізіологічній залежності моторної та секреторної функцій шлунку від характеру та обсягу м'язової роботи.

Масаж при гастриті сполучається з усіма засобами фізичної реабілітації і комбінується найбільш часто з фізіотерапією та лікувальною фізкультурою як в лікарняному, так і в після лікарняному періодах реабілітації. Для всіх хворих застосовується основних два типи комбінування лікувальних засобів: перший – спочатку проводяться заняття з лікувальної фізкультури, потім – масаж – і лише через 30-90 хвилин – фізіотерапевтична процедура; другий тип передбачає проведення першою фізіотерапевтичну процедуру, а вже через 2-3 години фізичні вправи і лише потім – масаж [3].

Обов'язковими умовами виконання масажу є відсутність болю, блювання чи проносу. Масаж живота не можна проводити за допомогою грубих чи глибоких прийомів, інакше це може призвести до повторного загострення нападу гастриту. Основними завданнями масажу є: надати знеболюючу дію; нормалізувати секреторну і моторну функції шлунку; активізувати крово- та лімфообіг; усунути наявний венозний застій; стимулювати функцію кишечника [2].

Фізіотерапія при гастритах знімає біль та запалення а також нормалізує секреторні функції шлунка. Фізіолікування використовують під час ремісії захворювання, при відсутності вираженого больового синдрому. Вплив струму, ультразвукових хвиль, лазера, магнітних полів, вживання мінеральної води та інші процедури значно покращують стан хворого. Методи фізіолікування лікар підбирає індивідуально, залежно від типу захворювання та його перебігу. Також вибір методики залежить від причин, що викликали хворобу та порушення роботи секреторної функції шлунка. Тривалий виражений больовий синдром та наявність розладів диспепсичного характеру при хронічному гастриті, що супроводжуються втратою працездатності, лікують переважно в умовах стаціонару. При менш вираженій симптоматиці терапія може проводитися в поліклініці або вдома [6].

В період ремісії рекомендовано санаторно-курортне лікування на бальнео- та бальнеопиттєвих курортах, якщо немає протипоказань з боку

інших органів і систем. Протипоказаннями для санаторно-курортного лікування є: кровотечі в анамнезі або/та схильність до кровотеч, період вираженого загострення захворювань, підозри на малігнізацію, а також перші 2 місяці після резекції шлунку [4].

Дія мінеральних питних вод на організм зумовлена термічним, механічним і хімічним факторами. Провідним звичайно є хімічний фактор, який зумовлений іонним складом води. Іони, що містяться в мінеральній воді, після потрапляння в травний тракт, стимулюють виділення слини, а потім і покращують секрецію шлунку. Іони входять до складу шлункового соку, тому відбувається посилення (або ослаблення) його секреції та корекція складу. Надалі в кишечнику відбувається всмоктування іонів мінеральної води в кров і регулюється діяльність шлунку, кишечника, печінки і нирок. Іони гідрокарбонату стимулюють виділення шлункового, а при переході в дванадцятипалу кишку гальмують її секрецію. При зниженій чи нормальній секреції частина іонів гідрокарбонату активує процеси утворення соляної кислоти в шлунку, а вуглекислий газ спричиняє розрідження та видалення слизу зі шлунку і нейтралізації шлункового вмісту. Сульфатні іони, подразнюють рецептори шлунку, та знижують шлункову секрецію, прискорюючи при цьому евакуацію їжі зі шлунку в кишечник. Гідрокарбонатно-сульфатні мінеральні води з невеликим вмістом або відсутністю вуглекислого газу і розчинених в них органічних речовин показані хворим із хронічними гастритами з гіперсекрецією [3].

Отже, при різних формах гастриту дуже важливе застосування основних методів фізичної реабілітації, які сприяють покращенню стану хворого та подовженню періоду ремісії.

Література:

1. Дубровський В. Лікувальна фізична культура (кінетотерапія) / Володимир Дубровський. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
2. Дубровський В. Масаж: Підруч. для студ. серед. і вищ. навч. закладів / Володимир Дубровський. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 496 с.
3. Магльована Г. Основи фізичної реабілітації / Галина Магльована. – Львів: Ліга-Прес, 2006. – 146 с.
4. Мухін В. Фізична реабілітація / Володимир Мухін. – К. : Книга, 2005. – 488 с.
5. Попов С. Лікувальна фізична культура. Посібник для студентів інститутів фіз. культ. / Сергій Попов. – М. : ФіС, 1988. – 270 с.
6. Федорів Я. М. Загальна фізіотерапія / Я. М. Федорів, А. Л. Філіпюк, Р. Ю. Грицько. – К. : Здоров'я, 2004. – 224 с.

Науковий керівник – доцент Гурова А.І.

ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Херсонський державний університет

Вади серця — це вроджені чи набуті деформації та структурні аномалії клапанів серця, перегородок чи отворів між камерами серця, які порушують системну та внутрішньосерцеву гемодинаміку, що призводить до розвитку гострої чи хронічної недостатності кровообігу [2]. Виникати набута вада серця може внаслідок різних патологічних процесів. Ревматизм, як етіологічний фактор, найчастіше вражає мітральний клапан (85%), рідше – аортальний (26%)[4]. Інфекційний ендокардит, сепсис, атеросклероз, травми, сифіліс, системний червоний вовчак, ревматоїдний артрит з вісцеральними ураженнями, системна склеродермія також можуть призводити до розвитку набутих вад серця [4]. Класифікація набутих вад здійснюється в залежності від етіології, локалізації та характеру ураження клапана, за ступенем вади та ступенем серцевої недостатності.

Для оцінки стану серцево-судинної системи застосовують проби з дозованим фізичним навантаженням, під час проведення яких використовують ізотонічне, ізометричне чи резистентне скорочення м'язів. Для проведення функціональних проб з динамічним навантаженням використовують велоергометри, тредміли та спеціальні сходи. У комплексній реабілітації осіб з набутими вадами серця застосовуються лікувальна фізична культура, лікувальний масаж та фізіотерапевтичні методи.

Основою терапевтичного впливу засобів лікувальної фізичної культури є дозоване тренування, що удосконалює та закріплює рефлекторні зв'язки, підсилює регулюючий та координуючий вплив центральної нервової системи на функції різних органів та систем [3].

Завданнями лікувальної фізичної культури на лікарняному етапі реабілітації є: покращення периферичного кровообігу та утилізацію тканинами кисню; активізація екстракардіальних чинників кровообігу; зниження підвищеного тиску у малому колі кровообігу; формування грудного типу дихання з подовженим видихом; розвиток компенсації кровообігу; зменшення периферичного опору на шляху кровообігу [6].

Для поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи застосовуються динамічні вправи. Тривалість та щільність занять визначають в залежності від рухового режиму хворого. Одне з найважливіших місць у відновному лікуванні хворих з набутими вадами серця посідає лікувальна дозована ходьба. Вона може застосовуватися на стаціонарному та санаторному етапах відновного лікування.

Використовують такі види ходьби: лікувальна ходьба рівною місцевістю; теренкур, який застосовують переважно в умовах санаторію (підйому під кутом 5-15°); прогулянки, які сприяють адаптації хворого до побутово - виробничих умов [9]. Задля досягнення тренуючого ефекту поступово підвищується навантаження під час ходьби: спочатку поступово збільшується час виконання, а згодом, при задовільній переносимості, і темп [5].

Задля підвищення ефективності хірургічного лікування набутих вад серця доцільним є проведення комплексу різноманітних засобів та методів фізичної перед- та післяопераційної терапії. Основним методом фізичної реабілітації при цьому є кінезітерапія, яка спрямована на покращення функції дихання та кровообігу, профілактику ускладнень після операції, повернення хворого до побутової та трудової діяльності [1].

Завданнями лікувальної фізичної культури у передопераційний період є: мобілізація резервів кардіореспіраторної системи; боротьба з проявом неврозу, стурбованості хворого, формування впевненості в результаті операції; полегшення роботи серця за рахунок залучення екстракардіальних чинників кровообігу; навчання вправам раннього післяопераційного періоду (діафрагмальному типу дихання; прийомам безболісного відкашлювання, підведення тазу) [7].

Під час проведення лікувальної гімнастики рекомендовано виконання статичних та динамічних дихальних вправ. Також застосовуються вправи для всіх м'язових груп. Особлива увага на тренування дихання у поєднанні з динамічними вправами [7].

Завдання лікувальної фізичної культури у післяопераційному періоді: профілактика ускладнень; полегшення роботи серця за рахунок мобілізації екстракардіальних чинників кровообігу; профілактика порушень постави та тугорухливості в лівому плечовому суглобі; адаптація міокарда до нових умов гемодинаміки [7].

У разі виникнення післяопераційних ускладнень лікувальну гімнастику проводять диференційовано в залежності від характеру ускладнень [8].

Лікувальний масаж є важливим засобом терапії, адже сприяє підготовці серцево-судинної системи та нервово-м'язового апарату до фізичного навантаження. Процедуру проводять за щадною методикою. Здійснюється вплив на паравертебральні зони. Із фізіотерапевтичних методів застосовують електрофорез лікарських речовин, аерогеліотерапію та сонячні ванни, електросон, лазеротерапію та низькочастотну магнітотерапію. Для покращення стану кардіореспіраторної системи застосовують вуглекислі, радонові, сульфідні, йодобромні, перлинні та хлоридно-натрієві ванни.

Отже, завдяки комплексному застосуванню усіх цих методів фізичної реабілітації відбувається підвищення толерантності до фізичного навантаження та поступове повернення хворого до соціальної та трудової діяльності.

Література:

1. Гончарук Н. В. Особенности кинезитерапии в физической реабилитации больных с приобретенными пороками сердца, которых готовят к хирургическому лечению / Н. В. Гончарук. // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології – 2018. – № 2. – С. 3-8.
2. Горяйнов А. А. Кардиология. Классификации синдромов и заболеваний: справочное пособие / А. А. Горяйнов. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 224 с.
3. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура : учебное пособие / В. А. Епифанов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 568 с.
4. Коваленко В. Н. Руководство по кардиологии / В. Н. Коваленко. – К. : МОРИОН, 2008. – 1424 с.
5. Мисюра О. Ф. Кардиологическая реабилитация / О. Ф. Мисюра, В. Н. Шестаков, И. А. Зобенко. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2016. – 271 с.
6. Попов С. Н. Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева; под ред С. Н. Попова. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 416 с.
7. Попов С. Н. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений / Под ред. проф. С. Н. Попова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2005. – 608 с.
8. Соколовський В. С. Лікувальна фізична культура / В. С. Соколовський. – Одеса : Одеський медуніверситет, 2005. – 235 с.
9. Юшковська О. Г. Роль і місце лікувальної ходьби у системі фізичної реабілітації / О. Г. Юшковська. // Спортивна медицина і фізична реабілітація – 2016. – № 2. – С. 42-46.

Науковий керівник – доцент Васильєва Н.О.

Лисенко Т.В.

ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА ТА МЕТОДИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Херсонський державний університет

Захворювання органів травлення займають одне з перших місць у структурі загальної захворюваності. Частіше вони виникають у осіб працездатного віку та викликають тривалу тимчасову непрацездатність, але можуть призвести до інвалідності.

Сьогодні не існує чітких критеріїв, за якими можна визначити ймовірність виникнення жовчнокам'яної хвороби у тієї чи іншої людини. Науковий досвід показує, що камені виникають не тільки у дорослих людей, а й навіть у дитячому віці. За статистикою, ймовірність розвитку

каменів в жовчному міхурі у жінок значно вища, ніж у чоловіків. Принаймні, про це свідчить співвідношення кількості проведених операцій з приводу каменів у жовчному міхурі. В той же час, існує імовірність, що жінки частіше звертаються за обстеженням, а чоловіки вважають за краще не знати про свої діагнози.

Метою нашого дослідження було – розглянути жовчнокам'яну хворобу та методи її профілактики.

Для вирішення мети були поставлені наступні завдання:

1. Розглянути статистичні дані розвитку ЖКХ по Україні та в світі.

3. Дослідити профілактичні заходи щодо запобігання даного захворювання.

Згідно з проведеними дослідженнями вчених найчастіше біліарну патологію встановлено у робітників та службовців. Це співвідноситься з уявленням про формування патології біліарної системи саме в міських жителів працездатного віку. Можливо, підвищення соціально – економічного статусу призводить до так званих хвороб цивілізації, зокрема до ЖКХ. М. Нагасе та співавтор вважають, що підвищення добробуту населення обумовлює зростання поширеності холелітіазу.

У наш час вчені вважають, що ця хвороба є однією з найпоширеніших серед усіх верств населення, незалежно від віку, статі та способу життя. Тому основне завдання лікарів є діагностувати її на ранніх стадіях розвитку, та намітити правильні принципи терапії для кожної людини індивідуально.

Офіційна статистика щодо приросту поширеності та захворюваності на ЖКХ по Україні є дуже тривожною. Потрібні негайні методичні заходи на державному рівні. Слід повернутися до тотальної диспансеризації підлітків з обов'язковим щорічним проведенням безкоштовного ультразвукового обстеження. Це дасть змогу виявити патологічні зміни у жовчному міхурі (садж, осад тощо) і за умови своєчасних профілактичних заходів (медикаментозної, харчової, фізичної терапії, санаторно – курортного лікування тощо) запобігти розвитку ЖКХ.

Статистичні дані за 2010 – 2011 роки.

Науковці дослідили та проаналізували динаміку розподілу пацієнтів молодого віку з хронічним холециститом, жовчнокам'яною хворобою та холангітом залежно від статі, поєднаної та супутньої патології, за соціальною належністю та даними диспансерного нагляду лікарями поліклінік Вінницької, Дніпропетровської, Чернівецької, Харківської, Одеської, Луганської, Ужгородської, Тернопільської, Запорізької, Львівської, Херсонської та Житомирської областей.

Дослідження проведене шляхом ретроспективної оцінки даних комп'ютерної бази, що була створена за показниками викопіювання амбулаторних карт (форма 025/у) пацієнтів, які перебували на

диспансерному обліку в поліклініках вище вказаних областей. Було виділено пацієнтів молодого віку (до 45 років згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я) [1].

Проводячи дослідження, було зареєстровано 248 осіб віком до 45 років. Із них 112 (45,2 %) чоловіків, 136 (54,8%) жінок. Аналізуючи пацієнтів за статтю, було доведено незначне переважання жінок, лише на 9,6 %. Співвідношення чоловіків до жінок в середньому становило 1/1,2. Розподіл за віком по десятиріччях показав, що більшість хворих із патологією міліарного тракту були віком 31 – 40 років – 118 осіб (47,6 %). У цій віковій категорії за статтю переважали чоловіки, становили 52,5 %, а пацієнтами віком до 20 років із захворюваннями міліарного тракту були тільки чоловіки (табл.1) [6].

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів із хворобами біліарного тракту за віком та статтю

Стать	Вікові групи, роки									
	До 20	%	21 – 30	%	31 – 40	%	41 – 45	%	< 45	%
Жінки	0	0	35	66,0	56	47,5	45	60,0	136	54,8
Чоловіки	2	100	18	34,0	62	52,5	30	40,0	112	45,2
Усього	2	0,8	53	21,4	118	47,6	75	30,2	248	100,0

Цю вибірку проаналізовано за окремими нозологічними формами (хронічний холецистит, холангіт, ЖКХ), за статтю, наявністю поєднаних гастроентерологічних захворювань та супутньої патології, за соціальною належністю. Аналізуючи пацієнтів із біліарною патологією за нозологіями показали, що з хронічним холециститом було 207 (83,8 %) осіб, із жовчнокам'яною хворобою – 41 (16,2 %). Поєднана патологія серед пацієнтів із цими захворюваннями встановлена у 156 (62,5 %) осіб 82 (52,4 %) чоловіків, 73 (47,6 %) жінки.

Супутня патологія серед пацієнтів з біліарними захворюваннями зустрічалася у 43 (17,3 %) пацієнтів (17 (39,5 %) чоловіків, 26 (60,5 %) жінок). У 5 (11,6 %) осіб зафіксовано по два та більше супутніх захворювань, при цьому переважали жінки — 4 (80,0 %). Найчастіше серед супутньої патології встановлені захворювання серцево – судинної та сечовивідної систем — у 17 (39,5 %) та 9 (20,9 %) пацієнтів відповідно. Цукровий діабет зустрічався у 5 (11,6 %) осіб.

Під час аналізу соціальної належності пацієнтів із хронічним холециститом та холангітом встановлено, що найбільше було робітників — 71 (34,1 %) та службовців — 63 (30,3 %). Непрацюючі пацієнти та студенти становили 48 (23,1 %) та 12 (5,8 %) відповідно.

Статистичні дані 2013 – 2014 років.

Аналізуючи сезону динаміку звернень гендерну та вікову структури пацієнтів хворих на ЖКХ можна відмітити, що у 416 пацієнтів які знаходилися на стаціонарному лікуванні 2013 – 2014 років було виявлено, що більше ніж у два рази частіше хворіють жінки – 279 (67 %), ніж чоловіки – 137 (33 %) (Рис. 2) [5].

Статистичні дані 2018 рік.

Профілактика жовчнокам'яної хвороби. На сьогодні велика увага приділяється вдосконаленню методів профілактики. Це є одним із пріоритетних напрямків охорони здоров'я, що забезпечує попередження розвитку хвороби і виникнення її ускладнень. Розрізняють фактори ризику каменеутворення, як некеровані (вік, стать, спадковість, анатомічні особливості жовчовивідних шляхів та ін.) так і керовані (ожиріння, гіподинамія, нераціональне харчування та ін.) мають основне значення як для первинної, так і для вторинної профілактики.

Таблиця 2

Структура госпіталізованих хворих в стаціонарах в Україні серед дорослого населення віком від 18 – 100 років на ЖКХ (Табл.) [38].

Найменування класів хвороб	Абсолютні числа (виписані та померлі)	Питома вага в % (до всього)	Рівень госпіталізації (на 100 осіб)
Хвороби органів травлення (K00 – K93)	623 277,00	9,29	1,79
Жовчнокам'яна хвороба, холецистит, холангіт (K80, K81, K82.2)	96 008,00	1,43	0,28

Отже, сучасні підходи до профілактики ЖКХ крім хірургічних методів повинні включати використання літолітичної терапії на ранніх стадіях захворювання, та вплив на некеровані фактори ризику розвитку захворювання [2].

Для профілактики захворювання корисно проводити наступні заходи:

- дотримуватися дієти, нормалізувати масу тіла;
- збільшувати фізичне навантаження, давати організму більше рухатися Крім того, фізичні вправи і релаксація покращують стан ЦНС і їх можна рекомендувати як ефективний засіб для зняття нервової напруги [3];
- частіше вживати їжу невеликими порціями, кожні 3 – 4 години, щоб викликати регулярні випорожнення міхура від накопиченої жовчі;
- не практикувати тривале лікувальне голодування;
- корисно пити достатньо рідини, не менше 1.5 л на день;
- щоб не спровокувати рух каменів, уникати робіт, пов'язаних з тривалим перебуванням в нахиленому положенні;

• жінкам варто обмежити надходження естрогенів, цей гормон сприяє утворенню каменів або їх збільшенню.

Для профілактики і лікування жовчнокам'яної хвороби корисно включати в щоденний раціон невелику кількість рослинної олії, краще оливкової. Соняшникова засвоюється тільки на 80%, в той час як оливкова повністю. Крім того, вона більш придатна для смаження, оскільки утворює менше фенольних сполук. Вживання рослинного жиру стимулює активність міхура з жовчю, у результаті чого він одержує можливість хоча б раз на добу випорожнитись, попереджаючи застійні явища й утворення конкрементів.

Дотримання рекомендацій лікарів дозволить при деяких обмеженнях в раціоні, жити повним життям без виснажливих болів [4].

Література:

1. Arslanoglu I., Unal F., Sagin F. et al. Real-time sonography for screening of gallbladder dysfunction in children with type 1 diabetes mellitus // J. Pediatr. Endocrinol. Metab. — 2001р. — № 14. — С. 61 – 69 .
2. Гладун В. М Газета «Новости медицины и фармации» Гастроэнтерология / Современные подходы к профелактике желчнокаменной болезни. – 2011 р. Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/21843>
3. Карпухіна Ю.В, Тарасова О.О. Вплив фізичного навантаження та релаксації на працездатність головного мозку. / Ю.В. Карпухіна, О.О.Тарасова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наук. журнал.–Харків: ХДАДМ (ХХІІ), 2009, № 8, С. 66-70.
4. Комунальне не комерційне підприємство / Міська лікарня №1. м Краматорськ. 24 липня 2019 р. – Режим доступа: https://kmu-gb1.io.ua/s2652521/jovchokamyana_hvoroba._profilaktika
5. Мелеховець О. К Первинна профілактика жовчнокам'яної хвороби у пацієнтів із гіпофункцією щитовидної залози / Міністерство освіти і науки України. Суми 2016 р. – С 30. – Режим доступа: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/44718/1/mag_Zudina.pf
6. Щербиніна М. Б Газета «Новини медицины і фармації» Гастроентерология [Електроний ресурс] Буренко А. М – науковий співробітник ДУ «Інститут гастроентерології АМН України», м. Дніпропетровськ. Особливості медико – соціальної характеристики пацієнтів молодого віку з міліарною патологією 2010 р. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-13900/article-13923/>

Науковий керівник – доцент Карпухіна Ю.В.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Херсонський державний університет

В сучасному світі ревматичні хвороби залишаються одними з найбільш поширених патологій у всьому світі. Найбільш розповсюдженою серед них являється ревматоїдний артрит – захворювання сполучної тканини з переважним ураженням суглобів. Це захворювання реєструється по всьому світу з частотою до 1,5%. Жінки хворіють частіше ніж чоловіки. Поширеність в Україні складає приблизно 350 випадків на 100 тисяч осіб, переважно працездатного віку.

Мета дослідження – дослідити вплив засобів фізичної терапії в лікуванні хворих на ревматоїдний артрит.

Завдання:

1. розглянути засоби фізичної терапії на лікарняному періоді реабілітації;

2. з'ясувати вплив засобів фізичної терапії на поліклінічному періоді.

Ревматоїдний артрит – це аутоімунна хвороба з невідомою етіологією, для якої характерним є ерозивний артрит (синовіт) та широкий спектр позасуглобових (системних) проявів.

Клінічна картина включає такі симптоми: біль в області суглоба, набряк та почервоніння тканин, тугорухомість суглобів, яка проявляється на початку вранці, а при прогресуванні хвороби проявляється постійно та з'являються, як правило, симптоми ураження інших органів і систем [4].

Захворювання призводить до інвалідності значної частини таких хворих, в наслідок чого, знижується працездатність та погіршується якість життя, а тому застосування засобів фізичної терапії набувають особливого значення в лікуванні хворих на ревматоїдний артрит. Застосування фізичних вправ покращує стан працездатності головного мозку і їх можна рекомендувати як ефективний засіб для зняття нервової напруги та стабілізації ЦНС [3].

Розглянемо сучасні засоби фізичної терапії на лікарняному періоді реабілітації. Основні форми, які застосовують в цей період це – ранкової гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття та лікувальна дозована ходьба.

Можна виділити наступні завдання ЛФК на лікарняному періоді реабілітації :

- підвищення тонусу центральної нервової системи;
- розвиток рухливості в уражених суглобах;
- запобігання атрофії м'язів і зв'язок;
- поліпшення крово – і лімфо обігу;

- ліквідація запальних змін і активація репаративних процесів;
- адаптація уражених суглобів до трудового навантаження.

Фізичні вправи, в основному, виконуються у таких рухових режимах: постільному, палатному та вільному.

Під час постільного режиму, ЛФК застосовують у разі покращення загального самопочуття хворих. Вправи виконуються у вихідному положенні лежачи та обмежено сидячи. Застосовують дихальні вправи статичного та динамічного характеру та прості вправи для кінцівок і тулуба, які виконуються у повільному темпі та з неповною амплітудою рухів в суглобах. Тривалість занять 15 – 17 хвилини, 2 – 3 рази на день. Тривалість постільного режиму 5 – 7 днів.

Під час палатного режиму вправи виконуються у вихідних положеннях лежачи, сидячи та обмежено стоячи. До загальнорозвиваючих додаються вправи з обтяженням, на координацію, які виконуються у повільному та середньому темпі та з повною амплітудою рухів. Тривалість занять збільшується до 25 – 30 хвилин. Загальна тривалість режиму 3 – 4 дні.

Далі наступає вільний режим. У цьому руховому режимі вправи виконуються у всіх вихідних положеннях і для всіх м'язових груп. Додаються вправи з предметами (гімнастична палиця, медицинбол, гантелі) та на апаратах. Навантаження посилюється за рахунок збільшення темпу, кількості повторень та тривалості занять. Застосовують дозовану лікувальну ходьбу на відстань близько 200 – 250 метрів 2 рази на день, кожного дня відстань збільшується на 50 метрів. Час занять в середньому до 30 – 35 хвилин. Тривалість рухового режиму 6 – 8 днів [2].

Лікувальний масаж займає дуже важливе значення в системі комплексної фізичної терапії при ревматоїдному артриті. Під впливом лікувального масажу стихає біль, пришвидшується розсмоктування ексудату в зоні ураження, попереджається розвиток атрофії м'язів. Застосовують після стихання гострих явищ. Використовують класичний масаж, а також сегментарно-рефлекторний масаж в області спинно-мозкових сегментів на рівні Th2 – Th4(для суглобів верхніх кінцівок) та на рівні S4 – S1 (для суглобів нижніх кінцівок) та медовий масаж у ділянці саме ураженого суглоба. Час процедури 15 – 20 хвилин. Курс лікування 10 – 15 сеансів, щодня або через день [1].

Фізіотерапія – це невід'ємна частина комплексної реабілітації при ревматоїдному артриті. Ця процедура має вплив на протікання хвороби: зменшує больові відчуття, покращує обмінні та трофічні процеси, поліпшує кровообіг в тканинах.

При ревматоїдному артриті використовують в загальному такі основні засоби фізіотерапії як: електричний струм низької частоти (електрофорез саме лікарськими речовинами, а також електросон, ампліпульстерапія), лікувальні електричні, магнітні поля (ультрависокочастотна терапія,

магнітотерапія), застосування світлових лікувальних чинників, а сама ультрафіолетового опромінення та інфрачервоного світла [6].

Розглянемо особливості застосування методів фізичної терапії на поліклінічному періоді. В цей період набуває ще найбільше значення використання фізичних вправ. ЛФК на після лікарняному періоді реабілітації застосовують у двох рухових режимах: щадно-тренуючому і тренуючому, при цьому особливе місце виділяється лікувальною дозованою ходьбою.

У щадно-тренуючому режимі вправи застосовують для пацієнтів, що мають хронічні захворювання у фазі ремісії. Вправи виконуються у повільному та середньому темпі з повною амплітудою, кількість повторень вправ приблизно 8 – 12 разів. Застосовують різноманітні загально розвиваючі вправи для кінцівок та тулуба, статичні та динамічні дихальні вправи, а також з предметами та на тренажерах. Включають різні вправи у воді та вільне плавання. Час заняття лікувальною гімнастикою складає 25 – 30 хвилин[2].

У тренуючому режимі характер вправ такий як і в попередньому режимі, але ускладнюється навантаження за рахунок збільшення інтенсивності та тривалості заняття. Вправи виконують у середньому темпі, але іноді з включенням вправ у швидкому темпі. Час лікувальної гімнастики складає 35 – 40 хвилин.

Дозована ходьба складає 4 кілометри на день в темпі 100 – 120 кроків на хвилину, така відстань долається зазвичай у два підходи з паузою 20 хвилин. Використовується також ходьба по сходах, здебільшого на третій поверх. Тривалість режиму складає 10 – 14 днів [6].

Механотерапія — це застосування лікувальних фізичних вправ на спеціальних апаратах. Такі вправи, як правило, діляться на пасивні, а також пасивно-активні та активні. На початкових етапах застосовують вправи на апаратах маятникового типу, а надалі на апаратах блочного типу із вантажами різної ваги. Мета процедури – збільшити амплітуду рухливості в уражених суглобах.

На цьому етапі одне з найбільш важливих значень відводиться саме методам фізіотерапії: бальнеотерапії, пелоїдотерапії, псамотерапії, також застосовують лікуванню парафіном та озокеритом.

Бальнеотерапію застосовують, як правило, у вигляді ванн: перлинних, кисневих, сульфідних, радонових, соляних. Лікувальне застосування грязей та піску проводять у вигляді загальних, місцевих ванн та грілок. Парафін та озокерит застосовують у вигляді аплікацій на уражені суглоби. Всі ці процедури сприяють позитивному перебігу захворювання, за рахунок дії на організм хворого механічних, хімічних та теплових подразників [5].

Література:

1. Вакуленко Л.О. Лікувальний масаж. / В.О. Вакуленко – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 448 с.

2. Дорошенко Т.В. Лікувальна фізкультура в комплексній терапії хворих на ревматоїдний артрит / Т.В. Дорошенко, С.В. Ярцева, Е.Р. Линниченко // Український медичний альманах, 2008. – Т. 11. № 6 (додаток). – С. 28-29.
3. Карпукіна Ю.В, Тарасова О.О. Вплив фізичного навантаження та релаксації на працездатність головного мозку. / Ю.В. Карпукіна, О.О.Тарасова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наук. журнал.–Харків: ХДАДМ (ХХП), 2009, № 8, С. 66-70.
4. Коваленко В. М. Ревматоїдний артрит. Діагностика та лікування / В. М. Коваленко, М. М. Шуба, Л. Б. Шолохова; за ред. В. М. Коваленко. – К. : Моріон, 2001. – 272 с.
5. Основи курортології: [посібник] / за ред. М.В. Лободи, Е.О. Колесника.– К.: Купріянова О.О.,2003.– 238 с.
6. Основи реабілітації, фізіотерапії, лікувальної фізичної культури і масажу / за ред. В.В. Клапчука, О.С. Полянської. – Чернівці : Прут, 2006. – 208 с.

Науковий керівник – доцент Карпукіна Ю.В.

Нех Є.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Херсонський державний університет

Аналіз тексту літературних джерел свідчить про те, що на даний момент є найбільш різні способи лікувальної гімнастики після ампутації кінцівок. В. А. Єпіфанов, В. М. Мухін розпізнають 3 головні періоди у використанні лікувальної фізичної культури (ЛФК): період оволодіння протезом, ранній післяопераційний період підготовки до протезування [1, 2].

Методи лікувальної фізичної культури при втраченій кінцівці направлені на покращення і повноцінне відновлення функціональних можливостей систем організму, що є необхідним фактором для відновлення функцій організму. А саме, у ранньому післяопераційному періоді головними методами ЛФК є вправи. Вони сприяють формуванню компенсації побутових рухів, забезпечують стимуляцію всіх вегетативних функцій. Також коригувальні вправи, вправи на напруження і розслаблення м'язів збережених сегментів ампутованої кінцівки й усічених м'язів, що забезпечують поліпшення кровообігу в культі, попередження атрофії м'язів кукси, стимуляція процесів регенерації.

У період підготовки до протезування необхідно приділяти увагу формуванню кукси з застосуванням спеціальних вправ для її мобілізації, виконання фантомно-імпульсивної гімнастики та тренування кукси на опірність.

На заключному етапі відновного лікування ЛФК направлена на вироблення навичок користування протезами. Проведені вивчення, аналіз

й систематизація літературних джерел дозволили встановити, що ЛФК має свої особливості на кожному періоді, що говорить про комплексність реабілітаційних заходів. Якщо не використовувати лікувальну фізичну культуру на кожному етапі реабілітації, то лікування таких хворих стане неефективним, можна не досягти відновлення втрачених функцій після ампутації верхніх кінцівок.

У комплексному лікуванні рекомендується як можна раніше використовувати масаж для усунення набряку, попередження контрактур і атрофії кукси. Масаж призначають на 7-10 - й день після операції при хорошому задовільному стані й доброму перебігу загоєння рани. Тривалість масажу - 10-20 хв. Масаж кукси сприяє поліпшенню кровообігу, ліквідує ущільнення, застій і набряклість, стимулює регенеративні процеси, покращує функціональний стан збережених м'язів [3].

Клінічні спостереження, показують, що тільки комплексне, раціональне використання лікувальної гімнастики та фізіотерапії дозволяє максимально повно підготувати пацієнтів до майбутнього протезування, забезпечити формування сильної, витривалої кукси і, відповідно, тривале користування протезними виробами. Доцільно використання УФО ділянки кукси по 5-8 біодоз (8-10 опромінь в цілому); ДДТна область кукси (10-12 процедур); дарсонвалізація; електрофорез новокаїну та йоду; аплікації парафіну, озокериту, бруду; загальні ванни: перлинні, радонові, хвойні, сірководневі.

Значення елементів спорту в реабілітаційному процесі при ампутації верхніх кінцівок багатостороннє, що обумовлено їх комплексним впливом на психоемоційну і рухову сферу інвалідів, можливістю збільшення рухової активності, заповнення дефіциту позитивних емоцій, активізації психічних процесів, регулювання взаємовідносин, формування властивостей особистості, соціальної поведінки. Крім того, застосування спортивних і рухливих ігор направлено на підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей, розвиток координаційних, силових і швидкісних здібностей, сенсорних і психодинамічних якостей.

Слід зауважити, що формування вміння користуватися протезом, як і інших рухових вмінь, проходить в 3 етапи: перший характеризується малою координацією і скутістю рухів, внаслідок поширення нервових процесів; на другому етапі в результаті постійних повторень рухи стають більш скоординованими, найменш обмеженими; на третьому етапі формування рухової професіоналізму вони автоматизуються. Особливе інтерес належить приділити першому етапу, так як саме в цей час пацієнт робить чимало непотрібних рухів, які фіксуються на стадії стабілізації, і тому їх дуже важко виправити.

Способи самообслуговування насамперед залежить від рівня ампутації. Наприклад, повне самообслуговування можливо після ампутації передпліччя в результаті освоєння протезів та після ампутації плечей в разі

вродженій відсутності верхніх кінцівок, а також в молодому віці завдяки гнучкості скелета.

Велике значення після ампутації верхніх кінцівок надається навчанню користування куксами. Це особливо важливо після ампутації обох кінцівок. Користування куксами сприяє поліпшенню координації рухів, м'язово-суглобової чутливості, розвитку сили кукси, рухливості в суглобах, тобто вдосконалення якостей, розвитку яких приділяється велика увага в процесі підготовки до протезування. Крім того, вміння користуватися куксами звільняє ампутуваних від постійної залежності від оточуючих і позитивно позначається на їх психічному стані. Слід відзначити, що тренування самообслуговування починається з навчання взяття предметів зазначеними пособиями, перенесення і переміщення їх в різних напрямках, після чого приступають до освоєння інших, більш складних навичок.

Теоретичний аналіз наукової та методичної літератури свідчить, що після ампутації верхньої кінцівки існує безліч різноманітних методів тренування, самообслуговування, а саме куксами, а також з використанням протезів[4].

Література:

1. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура: учебное пособие для вузов / В.А. Епифанов. - М.: Издат. дом "ГЭОТААМЕД", 2002. - 560 с.
2. Мухін В.М. Фізична реабілітація. - К.: Видавництво НУФВСУ "Олімпійська література", 2005. - 472 с.
3. Погосян М.М. Лечебный массаж / М.М. Погосян. - М.: Советский спорт, 2002. - 86 с.
4. A manual for the rehabilitation of people with limb amputation, World Health Organization United States Department of Defense Moss Rehab, Amputee Rehabilitation Program, USA, 1960, 108 p.

Науковий керівник – доцент Васильєва Н.О.

Петровцій Я.О.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З АМПУТОВАНИМИ НИЖНІМИ КІНЦІВКАМИ

Херсонський державний університет

У наш час досягнення технологічного прогресу дозволяють людям, які перенесли ампутацію, продовжити колишнє життя та зберегти соціальний статус, незважаючи на втрату кінцівки. При ампутації нижніх кінцівок дуже важливий індивідуальний та системний підхід до пацієнта: від попередньої консультації до навчання ходьбі на протезі. Рівень ампутації визначається лікарем перед операцією та залежить від причини ампутації. Для того, щоб визначити найбільш підходящий для подальшого протезування рівень ампутації, перед операцією рекомендується провести консультацію з техніком-протезистом. Пацієнт повинен дотримуватися рекомендацій під

час періоду після ампутації щодо формуванню кукси, догляду за післяопераційним швом, підтримці рухливості суглобів та зміцненню мускулатури [2].

Головна метою фізичної реабілітації таких осіб полягає у максимальному відновленні втраченої рухової активності. Здобувається це за рахунок комплексу фізіотерапевтичних, відновлюваних заходів та забезпечення осіб спеціальними засобами фізичної реабілітації, а саме протезами, які замінюють втрачені повністю або частково кінцівки пацієнта. В результаті чого ступінь мобільності пацієнта в порівнянні з початковим станом значно підвищується [1].

Завданнями лікувальної фізкультури є: фізичний вплив на хворого, спрямований на формування впевненості в можливість ходьби, бути корисним членом суспільства та сім'ї, зміцнення здорової кінцівки, прискорення загоєння після операційної рани а також зменшення набряклості кукси. Основними викликами в житті часто стають прості речі. З цим особливо добре знайомі люди з ампутацією - вони не з чуток знайомі з необхідністю справлятися з повсякденними справами без сторонньої допомоги.

В постопераційному періоді через тимчасово вимушеного постільного режиму виникає небезпека розвитку контрактур, тобто обмежень рухів в суглобах, зменшення м'язової сили практично всіх великих та середніх м'язових груп кінцівок та тулуба, знижується витривалість серцево-судинної та дихальної систем. Тому ще в стаціонарі призначається лікувальна гімнастика з метою профілактики розвитку ускладнень та якомога скорішого відновлення функцій різних органів та тканин, які страждають безпосередньо від гіподинамії. Пізніше ці лікувальні заходи стануть основою для програми фізичної реабілітації пацієнта при підготовці до протезування. Таким чином, ранній початок фізичної реабілітації пацієнта в стаціонарі допоможе скоротити терміни первинного протезування. Мета дослідження: дослідити вплив заходів з фізичної реабілітації на стан організму людини після ампутації нижніх кінцівок [3].

Ампутація застосовується як останній засіб у лікуванні. Найбільш часто операція ампутації проводиться при судинних захворюваннях кінцівок, пухлинах та важких травмах. Завдяки значному розвитку консервативного лікування та методик надання невідкладної та першої медичної допомоги до ампутації кінцівок вдаються лише в крайньому разі з метою уникнути загрози життю хворого. Рівень ампутації переднього відділу стопи визначають індивідуально, від дистальної третини плеснових кісток до предплюсне-плюсневого суглоба. Враховується також необхідність максимального видалення потенційно нежиттєздатних тканин та шляхів поширення інфекції. Одна з найбільш легких ампутацій с хірургічної точки зору, вона немає великої необхідності в перепилуванні кісток та розтині великих м'язових мас або груп. Особливо краща

екзартикуляція у дітей, тому що зберігаються паросткові зони епіфізів. Завдяки хорошим анастомозом та колатераліям на рівні коліна, шкірні клапті некротизуються дуже рідко. Сучасні протези забезпечують хорошу функцію опори та локомоцій при ампутації на рівні коліна. Особливість ампутації колінного суглоба полягає в тому, що стегнова кістка залишається цілою та утворює торець кукси який здатний справно служити опорою для тіла. Внаслідок цього при ходьбі пацієнт відчуває землю та відчуває себе більш впевнено. Недоліком залишається той факт, що в положенні сидячи протезоване стegno по довжині відрізняється від здорового чим викликає незручності у людини [3, 4].

При ампутації в області кульшового суглоба відбувається часткове або повне видалення стегнової кістки. Після хірургічного втручання в області кульшового суглоба можуть використовуватися як модульні протези, так і протези каркасного виробництва. Головними причинами ампутації на цьому рівні є пухлини та травматичні ушкодження. Певні порушення прохідності артерій зустрічаються набагато рідше. Зазвичай, куксу вдається добре вкрити відводим вперед сідничним м'язом. Рубець розташовується на передній поверхні та проходить паралельно пахової зв'язці.

Дослідивши процес формування кукси та підготовки інваліда з ампутуваними нижніми кінцівками до протезування виявлена своєчасність та ефективність реабілітації хворих з ампутаційними нижніми кінцівками залежить від послідовності та повноцінності заходів трьох основних напрямків — протезування, відновного лікування та адаптації соціально-трудової. Потрібно враховувати, що при хворобі та недоліках кукс чи при їх травмах може мати місце декілька вад, серед яких слід виділити головну та інші, які мають місце у хворого. При постановці питання щодо протезування інвалідів, потрібно скористуватися виписками з анамнезу захворювання стаціонарних лікувальних установ, а при їх відсутності орієнтувати інвалідів на стаціонарне лікування і до обстеження для вирішення питання щодо порівняних протипоказань і показань до протезування. Тимчасовими протипоказаннями до протезування осіб з ампутуваними нижніми кінцівками вважаються хвороби організму і кукси, які згодом обмеженого або ж хірургічного втручання не заважають протезуванню.

Отже, вивчивши лікувальні заходи фізичної реабілітації які надають вплив на осіб з ампутуваними нижніми кінцівками є комплекс лікувальної фізкультури який винятково індивідуальний, для кожного пацієнта. Вправи підбираються залежно від наступних чинників: вік, стать, супутні захворювання, та чи інша ступінь зниження загальної витривалості організму та інше. Для профілактики післяопераційних ускладнень, порушень функції основних життєвих систем організму з першого дня після ампутації застосовуються загальнозміцнюючі вправи. У перші два дні

застосовуються головним чином дихальні вправи загальнотонізуючої характеру, без рухів куксою. Рекоменована тільки стимуляція імпульсів до руху в колінному та кульшовому суглобах.

Література:

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. Наук. праць / За заг. ред. П. М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К. : Вид-во «Університет «Україна», 2009. – 316с.
2. Баумгартнер Р. Ампутація і протезування нижніх кінцівок / Баумгартнер Р., Бота П. - М.: Медицина, 2002. - 486 с.
3. Безсмертний Ю. О. Медична реабілітація хворих з місцевим больовим синдромом в ампутаційних куксах нижніх кінцівок / Ю. О. Безсмертний // Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів : матеріали наук.-практ. конф. – Дніпропетровськ, 2015. – С. 240–242.
4. Бірюков О. А. Лікувальний масаж / А. А. Бірюков, - М.: Академія, 2014. - 361с.
5. Богданов С. Соціальний захист інвалідів / Богданов С. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2005. – 268с.

Науковий керівник – доцент Васильєва Н.О.

Чепелюк А.В.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ

Херсонський державний університет

Захворювання серцево-судинної системи різноманітні. До їхнього числа відносять: ендокардит, міокардит, перикардит, дистрофія міокарда, вродженні або набуті вади серця, облітеруючий ендартеріт, ішемічна хвороба серця, атеросклероз, варикозне розширення вен та ін. Причому однією з самих розповсюджених хвороб цієї нозологічної групи на сьогоднішній день продовжує залишатися гіпертонічна хвороба. На виникнення та розвиток всіх цих хвороб впливають зовнішні та внутрішні негативні фактори, а саме: спадковість, психічно-емоційне перенавантаження, куріння, зловживання алкогольних напоїв, переїдання, інфекційні захворювання, фізичне неадекватне навантаження, гіподинамія, погані умови праці та побуту тощо.

Гіпертонічна хвороба – це захворювання переважно серцево-судинної системи із залученням у патологічний процес багатьох органів та систем. Як і більшість тривалих хвороб гіпертонія починається поступово і непомітно для людини без вираженої симптоматики. Підвищення систолічного та діастолічного тиску спочатку є непомітним для хворих і не відзначається на їх загальному стані.

Виокремлюють декілька теорій про механізми та причини розвитку гіпертонічної хвороби. З них найбільш визнана – неврогенна, тобто хвороба виникає внаслідок психічного та емоційного напруження. Ця теорія звертає

увагу перш за все на розумову перевтому, хронічне недосипання та постійні надмірні емоційні збудження. Спостерігають, що гіпертонія часто вражає стриманих людей, що звикли не проявляти негативних емоцій та бути стриманими («хвороба невідреагованих емоцій»). Це створює умови для неврозу, що згодом стає поштовхом до розвитку гіпертонічної хвороби [4, 3, 7].

Малорухливий спосіб життя (гіподинамія) - є додатковим фактором, що сприяє появі хвороби. З розвитком науково-технічного прогресу, збільшилося навантаження на нервову систему і скоротилася потреба у фізичній праці людини. Частіше на гіпертонію хворіють люди середнього та похилого віку, переважно, у віці 40-60 років. Однак останні десятиліття змінюють динаміку розвитку хвороби; вікові рамки беруть свій початок, переважно, з середнього, інколи, з юнацького віку [6, 8].

Гіпертонічна хвороба може повільно прогресувати або швидко. Швидко прогресуючу гіпертонію називають ще злякливою гіпертензією (переважно зустрічається у молодому віці). Такий різкий перебіг характеризується гострим несподіваним початком, коли тиск підвищується до 250/140-300/170 мм. рт. ст., різким головним болем, іноді блюванням, втратою зору, внаслідок набряку сосочків зорових нервів та відшарування сітківки. Завдяки своєчасному введенню високоефективних медичних препаратів, вдається запобігти швидкому прогресуванню підвищення тиску і трагічному фіналу.

Повільно прогресуюча гіпертонічна хвороба на останній стадії має чотири форми (залежно від локалізації): мозкову, серцеву, ниркову та змішану. Ураження судин лише одного органа менш поширене, ніж змішана (серцево-судинна) форма.

Гіпертонічний криз – це стан різкого раптового загострення хвороби (підвищення артеріального тиску), що виникає внаслідок спазму дрібних судин (артерій) мозку серця чи нирок.

Фізична реабілітація осіб хворих на гіпертонію спрямована на відновлення або покращення здатності людини задовільно долати фізичне навантаження, що трапляється у повсякденному житті. Спроможність виконувати фізичну роботу розширює рухові можливості і покращує якість життя людини. Саме тому для підвищення ефективності лікування необхідно комплексно використовувати медикаментозне лікування та фізичну реабілітацію. Це зазвичай посилює позитивний вплив засобів відновлювального лікування. Також не менш важливим є питання підбору індивідуального лікування з чітким визначенням використання засобів фізичної реабілітації та їх послідовності. Так само беруть до уваги можливість адаптації організму хворого під впливом дозованої фізичної роботи [1, 2].

Методика занять ЛФК при гіпертонії визначається за характером патологічних змін, які викликало захворювання, а також стадії

гіпертонічної хвороби, ступені недостатності кровообігу та станом коронарного кровообігу.

При лікуванні гіпертонічної хвороби на всіх стадіях застосовують лікувальний масаж як невід'ємний компонент комплексного лікування хворого. Масаж проводять для урівноваження основних процесів нервової системи (збудження та гальмування), нормалізації артеріального тиску покращення загального та психо-емоційного стану. Виконують сегментарно-рефлекторний лікувальний масаж паравертебральних зон, верхніх грудних (D5-D1) та шийних (C7-C3) спинномозкових сегментів, а також голови, комірцевої зони та шиї. Виконують такі прийоми масажу як: погладження, розтирання та щадне розминання. Особливо обережно реабілітолог виконує масаж задньої поверхні шиї. Приділяють велику увагу на анамнез і вік хворого (люди похилого віку часто мають супутні патології з боку серця).

Серед лікувальних методів фізичної реабілітації при гіпертонії застосовують фізіотерапевтичні процедури у широкому спектрі. Вони заспокійливо діють, справляють психотерапевтичний вплив, інколи впливають умовно-рефлекторно. Шляхом використання цих методів фізичної реабілітації часто досягають зниження артеріального тиску, а не тільки поліпшення загального самопочуття хворого.

Література:

1. Амосова К.М. Клінічна кардіологія. - К.: Здоров'я, 1997 -704 с.
2. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. - К.: Здоров'я, 1984.
3. Волков В.С., Виноградов В.Ф. /Кардиология.- 1993.- N3.-С.15-16.
4. Внутрішні хвороби. Підручник /Левченко В.А., Середюк Н.М., Вакалюк І.П. та ін. - Л.: Світ, 1994 - 440 с.
5. Малиновська І.Е. Безбольова і больова ішемія міокарда при нестабільній стенокардії: клініко-функціональні характеристики, критерії діагнозу і прогнозування: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - К., 1995. - 49 с.
6. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів. - Харків, 2000.
7. Хоули Є.Т., Дон Френкс Б. Заболевания сердца и реабилитация: Учеб.пос./ Под. общ. ред. М.Л. Поллака. - К. :Здоров'я, 2000.
8. Шхвацабая И.К. Ишемическая болезнь сердца. - М. - Медицина, 1975. 400 с.

Науковий керівник – доцент Коньков А.М.

СЕКЦІЯ 3

Технології та іноваційні методи фізичної, соціальної реабілітації

Возняк Н.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОТЕРАПЕВТИЧНОГО АПАРАТУ «CERAGEM» ПРИ УРАЖЕННЯХ ХРЕБТА

Херсонський державний університет

Серед захворювань опорно-рухового апарату найпоширенішими є дегенеративно-дистрофічні ураження та набуті деформації хребта. Будь-які структурно-функціональні порушення на рівні хребта можуть призводити до порушень з боку вісцеральних органів і їх систем та змінювати руховий режим і якість повсякденного життя людини [1, с. 5-6; 2, с 139-140].

Проблеми хребта з кожним роком молодіють і займають значне місце серед захворювань людей працездатного віку. На даний час до лікарів звертаються зі скаргами на біль в спині не тільки люди працездатного віку, але й діти, які вже в ранньому дитинстві мають порушення з боку хребта. Із загальної кількості дітей із патологією опорно-рухового апарату 31% мають сколіотичну поставу, тому необхідно з раннього дитинства дбати про стан хребта, застосовуючи профілактичні та лікувальні методи фізичної терапії [3].

Одним із ефективних високоякісних засобів при ураженнях хребта є електротерапевтичний апарат «CERAGEM», дія якого спрямована на відновлення функціонального стану хребта. Його широко використовують в спеціалізованих клініках, реабілітаційних центрах, санаторіях та в дома. Електротерапевтичний апарат Ceragem Master комбінує декілька методів із традиційної східної та західної медицини, а саме: масаж, акупресуру та припікання (рефлексотерапію) на біологічні активні точки, витягування та корекцію хребта, термотерапію за рахунок дії інфрачервоного випромінювання.

Апарат Ceragem Master дозволяє відновити функціональні можливості хребта в будь-якому віці, а також відновити структуру міжхребцевих дисків та провідність нервових імпульсів [4].

Мета дослідження – визначити ефективність застосування електротерапевтичного апарату «CERAGEM» при ураженнях хребта.

Організація і методи дослідження. Дослідження ефективності застосування електротерапевтичного апарату «CERAGEM» проводилось на базі центру «CERAGEM» протягом двох місяців в місті Херсон. В ньому

прийняло участь 3 дитини віком від 7 до 10 років, які мали в анамнезі сколіоз I-II ступенів. Характеристика вибірки дітей наведення в таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика дітей, що приймали участь в дослідженні

№ рес-понтента	Стать	Вік (років)	Вид деформації	Ступінь деформації
1	Дівчинка	7	Сколіоз С- подібний у грудному відділі, лівобічний	I ступень
2	Хлопчик	8	Сколіоз S- подібний, у грудному відділі, правобічний	II ступень
3	Дівчинка	10	Сколіоз С- подібний, у поперековому відділі	I ступень

Курс проходження сеансів електротерапевтичного лікування за допомогою апарата Ceragem Master тривав 2 місяці (52 сеанси). Процедура виконувалась щодня за загальноприйнятою методикою спеціалістами-інструкторами. Для оцінки ефективності лікування застосувались такі методи клінічної діагностики хребта як: соматоскопія (візуальний огляд постави); вимірювання бічних викривлень за ромбом Мошкова; вимірювання вигинів хребта методом гоніометрії; визначення загальної рухливості хребта за допомогою спеціальних рухових тестів. Обстеження дітей за допомогою наведених методів діагностики проводилось двічі: на початку лікування (первинне) і наприкінці (контрольне). Ефективність терапії оцінювалась за вираженістю динаміки отриманих показників функціонального стану хребта.

Результати дослідження. Динаміка показників постави у дітей зі сколіозом при соматоскопічному обстеженні на початку і наприкінці фізичної терапії представлена у таблиці 2.

Як видно з таблиці у всіх хворих дітей на сколіоз показники постави якісно та кількісно змінилися після застосування апарату Ceragem Master. Найбільш значима позитивна динаміка відбулася в поставі респондентів №1 і №2, що мали деформацію на рівні грудного відділу хребта.

Динаміка показників бічних викривлень хребта у дітей, що визначалися по спеціальній методиці за допомогою ромба Мошкова, наведена в таблиці 3.

Сума різниць всіх відстаней між точками ромба Мошкова в обстежених дітей із сколіозом різного ступеня після курсу фізіотерапевтичного лікування суттєво зменшилась, що свідчить про покращення показника асиметрії хребта.

Показники кутів вигинів хребта у сагітальній площині в обстежених дітей та їх зміни протягом курсу фізичної терапії представлені в таблиці 4.

Таблиця 2

Динаміка показників постави у дітей із сколіозом хребта при застосуванні електротерапевтичного апарату Ceragem Master

Показники постави (в балах)		№ респондента		
		1	2	3
Положення голови	Первинні показники	0	0	0
	Контрольні показники	0	0	0
Положення надпліч	Первинні показники	2	3	2
	Контрольні показники	0	2	0
Положення лопаток	Первинні показники	2	3	2
	Контрольні показники	0	2	0
Трикутники талії	Первинні показники	2	3	2
	Контрольні показники	0	2	1
Форма хребта у фронт. площині	Первинні показники	1	2	1
	Контрольні показники	0	1	0
Тест Адамса	Первинні показники	1	3	1
	Контрольні показники	0	2	1
Σ	Первинні показники	8	14	8
	Контрольні показники	0	9	6
	Динамічні показники	-8	-5	-2

Дані таблиці 4 свідчать про зменшення всіх фізіологічних вигинів хребта у дітей із сколіотичною хворобою і збільшення кута нахилу таза у хворих дітей, що мали грудний сколіоз.

Таблиця 3

Динаміка показників бічних викривлень хребта у дітей із сколіозом хребта при застосуванні електротерапевтичного апарату Ceragem Master

Показники відстаней між точками ромба (в см)		№ респондента		
		1	2	3
Різниця відстаней між точками 1 і 2 на правій і лівій половинах спини	Первинні показники	0,6	1,0	0,6
	Контрольні показники	0,4	0,7	0,4
Різниця відстаней між точками 2 і 3 на правій і лівій половинах спини	Первинні показники	0,1	1,5	0,5
	Контрольні показники	0	1,0	0,5
Різниця відстаней між точкою 2 і лінією хребта	Первинні показники	0,5	1,5	0,4
	Контрольні показники	0,4	0,8	0,3
Сума різниць всіх відстаней	Первинні показники	1,2	4,0	1,5
	Контрольні показники	0,8	2,5	1,2
	Динамічні показники	-0,4	-1,5	-0,3

Таблиця 4

Динаміка показників кутів фізіологічних вигинів хребта і кута нахилу таза у дітей із сколіозом хребта при застосуванні апарату Ceragem Master

Показники кутів фізіологічних вигинів хребта і кута нахилу таза (в градусах)		№ респондента		
		1	2	3
Кут поперекового лордозу ($L = 180 - (\alpha + \beta)$)	Первинні показники	145	140	130
	Контрольні показники	143	137	126
	Динамічні показники	-2	-3	-4
Кут грудного кіфозу ($K = 180 - (\beta + \gamma)$)	Первинні показники	149	135	130
	Контрольні показники	147,5	134	126
	Динамічні показники	-1,5	-1	-4
Кут шийного лордозу ($D = 180 - (\gamma + \delta)$)	Первинні показники	154	132	133
	Контрольні показники	152,5	131	132
	Динамічні показники	-1,5	-1	-1
Крижово-тазовий кут ($Y = x_1 + \alpha$)	Первинні показники	60	72	80
	Контрольні показники	62	73	80
	Динамічні показники	+2	+1	0

Характер змін показників загальної рухливості хребта в різних напрямках у обстежених дітей показаний в таблиці 5.

Таблиця 5

Динаміка показників загальної рухливості хребта у дітей із сколіозом хребта при застосуванні електротерапевтичного апарату Ceragem Master

Показники загальної рухливості хребта (в см)		№ респондента		
		1	2	3
Нахил тулуба вперед	Первинні показники	0	8	3
	Контрольні показники	0	6	0
	Динамічні показники	0	-2	-3
Нахил тулуба назад	Первинні показники	27	23	35
	Контрольні показники	28	25	38
	Динамічні показники	+1	+2	+3
Нахил тулуба в правий бік	Первинні показники	12,5	13	10,5
	Контрольні показники	14	14,5	10
	Динамічні показники	+1,5	+1,5	-0,5
Нахил тулуба в лівий бік	Первинні показники	11,5	15,5	10
	Контрольні показники	12	16	10
	Динамічні показники	+0,5	+0,5	0

Після застосування електротерапевтичного обладнання Ceragem Master загальна рухливість хребта в різних напрямках значно покращились, про що свідчать динамічні показники нахилу тулуба вперед, нахилу тулуба назад і нахилу тулуба в правий і лівий боки. Ці зміни свідчать про ефективне застосування електротерапевтичного апарату Ceragem Master.

Таким чином можна зробити **висновки** про те, що щоденне застосування обладнання Ceragem Master в комплексному лікуванні сколіотичної хвороби є доцільним. Чітка клінічна оцінка стану хребта дозволяє встановити на кожному етапі лікування ефективність обладнання Ceragem Master з метою нормалізації, стабілізації, або покращення стану постави, що позитивно відображається на здоров'ї та якості життя дитини.

Література:

1. Корж Н. А. Патогенетическая классификация дегенеративных заболеваний позвоночника / Н. А. Корж, А. И. Продан, А. Е. Барыш // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – № 3. – С. 5-13.
2. Маркс В. О. Ортопедичне діагностика : Керівництво-довідник / В.О. Маркс. - Таганрог: «Прогрес», 2001. – 512 с.
3. Сколіоз. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.zdorov.com.ua/Skolioz_9.html
4. Серагем Мастер V3. [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.ceragem.net.ua/principles/>

Науковий керівник – доцент Козій Т.П.

Данильчук Л.В.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНЬ

Херсонський державний університет

Щорічно в Україні виникають понад 160 тис. нових випадків злоякісних новоутворень, з них приблизно 100 тис. чол. помирає від раку, причому 35% померлих — це особи працездатного віку. За підрахунками фахівців, у 2020 р. в Україні кількість тих, хто вперше захворів на рак, перевищить 200 тис. чол. на рік. Кожен другий-третій онкохворий в Україні помирає у перший рік хвороби, що перевищує у більш розвинених країнах аналогічний показник у 2-10 разів. Водночас, близько 5% людей із встановленим діагнозом "рак" відмовляються від лікування через відсутність коштів, і ще більше людей, які підозрюють у себе цю страшну хворобу, бояться йти до лікаря [3].

Рак легень - це поняття, що об'єднує різні за походженням, гістологічній структурі, клінічним перебігом і результатами лікування злоякісні епітеліальні пухлини. Вони розвиваються з покривного епітелію

слизової оболонки бронхів, бронхіальних слизових залоз і легеневих альвеол [2].

Клінічна картина раку легень складна й різноманітна. Необхідно сказати, що специфічних симптомів, властивих тільки для пухлини легені не існує. Прояви раку легень обумовлені локалізацією, розмірами, ступенем поширення пухлини, загальною реакцією організму на пухлинний процес і його ускладнення, а також супутньою патологією дихальної та серцево-судинної систем [4].

У комплексі терапевтичних заходів, спрямованих на компенсацію і відновлення різних функцій органів, а також працездатності онкологічних хворих, лікувальна фізична культура використовувалася досить широко. Незмінною умовою при призначенні і дозуванні фізичного навантаження є строго індивідуальний підхід у кожному окремому випадку - з урахуванням форми, стадії новоутворення, вікових особливостей організму хворого і супутніх захворювань [1, 2, 4].

При призначенні пацієнтові курсу лікувальної фізкультури необхідно враховувати наступні чинники: обмеженість часу передопераційної підготовки онкологічного хворого; небезпека стимуляції пухлинного процесу і метастазування внаслідок великого фізичного навантаження - за наявності невиліковного новоутворення або прогресу процесу на тлі лікування; психічний стан хворого у зв'язку з характером захворювання. Ці обставини вимагають обліку особливостей проведення лікувальної фізкультури в різні періоди перебування онкологічного хворого в стаціонарі. Безпосередньому навчанню передують бесіди, в результаті яких пацієнтів інформують про мету, завдання і зразковий характер навантаження в майбутньому зайнятті. Це робиться для позитивної психологічної дії, а також для активної і свідомої участі людини у своєму лікуванні. По мірі розвитку хвороби виявляється певна специфічність психопатологічних розладів при різних локалізаціях пухлинного процесу. Саме для хворих раком легені характерні виражена тривога, страх у поєднанні з млявістю [1, 2].

Враховуючи стимулюючу дію фізичного навантаження на новоутворення і можливість метастазування, головне завдання передопераційного періоду доводиться обмежувати психологічною підготовкою хворого. Як правило, сам факт вступу в спеціалізований онкологічний стаціонар і перебування в ньому викликають у пацієнтів психогенну реакцію у відповідь. Настрій у хворих зазвичай поганий, відмічається тривожність, іпохондрична фіксованість, страх майбутньої операції і подальшого лікування. У післяопераційному періоді лікувальна фізкультура стає складовою частиною загальних лікувальних заходів. Початок її проведення співпадає з пробудженням людини від наркозу.

Дихальні вправи динамічного характеру з відкашлюванням проводяться багаторазово впродовж дня і застосовуються з метою профілактики післяопераційних ателектазів, пневмоній, боротьби з гіповентиляцією і можливими застійними явищами в легенях і паренхіматозних органах. Фізичне навантаження при цьому строго дозується виходячи із загального стану хворого [1, 2, 4]..

Завданням відновного періоду є подолання наслідків операційної травми і максимальне відновлення втрачених функцій. Метою зайняття тренувального періоду є підготовка хворого до виписки із стаціонару, до життя в домашніх умовах з повним самообслуговуванням і пов'язаними з ним фізичними навантаженнями. У цей період слід проводити групові заняття, що включають рухливі, емоційно забарвлені вправи з навантаженням на усі групи м'язів, із застосуванням різних снарядів і предметів, у тому числі гімнастичної стінки. Крім того, пацієнтам призначаються ранкова гігієнічна гімнастика і самостійне виконання добре засвоєних певних фізичних вправ після денного сну [1, 4].

Отже, лікувальну фізичну культуру застосовують як метод активної, функціональної і патогенетичної терапії. Вона покликана відновити у хворого порушені функції, загально оздоровити його і зміцнити сили хворого, а також запобігти ускладненням захворювань.

Література:

1. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 240 с.
2. Лікарня ізраїльської онкології LISOD. Рак легких [електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.lissod.com.ua/about-cancer/cancer-types/rak-legkogo/>
3. Рак в Україні, 2003-2004 (захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби) / С.О.Шалімов, З.П.Федоренко, Л.О.Гулак та ін. // Бюл. Нац. канцер-реєстру України. - 2005. - № 6. - С. 8-10.
4. Рак легких [електронний ресурс] / Клиническиепроявления рака легкого – 2013 г. – Режим доступу: <http://xn----7sbkuhcf0b2c0g.xn--p1ai/article/clinical/>

Науковий керівник – доцент Васильєва Н.О.

П'ятигорець В.С.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ РАКОМ ШЛУНКА ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

Херсонський державний університет

Рак шлунка займає одне з провідних місць серед пухлинних захворювань у всьому світі (4 місце за поширеністю, 2 місце в структурі онкологічної смертності). За частотою смертності займає перше місце - 30-38 % злоякісності у чоловіків, 22-29 % у жінок.

Найчастіше рак шлунка розвивається в дистальному (пілоро-антральному) відділі – від 40% до 70%, рак тіла шлунка у 22-25% пацієнтів, у проксимальному відділі рак локалізується в 19-21% спостережень і тотально пухлина уражає шлунок у 8-10% пацієнтів.

Основні фактори ризику, які сприяють розвитку раку шлунка:

- Підвищений рівень *Helicobacter Pylori*.
- Хронічний гастрит (запалення шлунка) або виразкова хвороба.
- Кишкова метаплазія (стан, при якому нормальний епітелій слизової шлунка заміщається клітинами, що вистилають кишечник).
- Сімейний аденоматозний поліпоз або поліпи шлунка.
- Харчування: дієта з високим вмістом солоної, гострої, копченої їжі, а також низьким вмістом фруктів і овочів.
- Вживання в їжу неякісних і прострочених продуктів.
- Чоловіки і люди похилого віку (старше 60 років).
- Куріння, надмірне вживання алкоголю.
- Генетична схильність (мати, батько, сестра або брат, у яких був рак шлунка).
- Операції на шлунку, резекція (видалення частини) шлунка збільшує ризик раку шлунка в 1,5-3 рази;
- Раса (рак шлунка частіше зустрічається у людей народжених в Азії та Африці);
- Професійні шкідливості: видобуток вугілля, обробка металу, виробництво гуми [2].

Для діагностики раку шлунка використовують: фізикальний огляд (блідість при анемії, жовтушність при метастазах в печінку); збір анамнезу; проводиться пальцеве ректальне дослідження у чоловіків для визначення метастазів в параректальні лімфатичні вузли; ФГДС з біопсією; ендоскопічне ультразвукове дослідження; морфологічне дослідження; рентгенологічне дослідження шлунка з використанням контрастної; УЗД шийно-надключичній області, органів черевної порожнини,

заочеревинного простору і малого тазу; комп'ютерна томографія; лапароскопія; остеосцинтиграфія; колоноскопія; загальний аналіз крові (визначення кількості еритроцитів, лейкоцитів, рівня гемоглобіну, ШОЕ); біохімічний аналіз крові (загальний білок, альбумін, білірубін, сечовина, креатинін, електроліти, амілаза); пухлинні онкомаркери.

Важливим напрямом реабілітації в онкології є використання лікувальної фізкультури, дозовані прогулянки, активний спосіб життя. Фізичні вправи стимулюють регенеративні процеси, попереджають виникнення спайкових процесів в черевній порожнині, зміцнюють м'язи черевного преса. Вони служать базою для включення хворих в суспільні відносини, тим самим виконуючи і психотерапевтичні функції.

Вплив фізіотерапевтичних процедур на організм людини після оперативного втручання з приводу захворювань органів черевної порожнини проявляється у ліквідації больового синдрому, нормалізації секреторної та моторної функції внутрішніх органів, зменшення активності запальних процесів, поліпшення трофіки органів, поліпшення регенеративних процесів [2].

Вплив масажу прискорює та покращує кровообіг та лімфообіг, усуває застійні явища в легенях і паренхіматозних органах, цим самим покращуються трофічні процеси в м'язах, прискорюються окислювально-відновні процеси, підвищується температура шкіри і знижується температура тіла, поліпшується функція шлунково-кишкового тракту. Масаж надає тонізуючу дію на центральну периферичну нервову систему, систему судин та серця, знижує психогенне гальмування, яке часто виникає після важких операцій, сприяє тонізуючому впливу на нервово-психічну сферу.

Дієтотерапія є невід'ємною частиною всебічної реабілітації пацієнта після оперативного втручання на органах черевної порожнини, вона спрямована на виправлення порушень обміну речовин, забезпечення фізіологічних потреб організму в поживних речовинах та енергії, захист уражених органів, підвищення опірності організму і стимуляцію загоєння операційної рани.

Використання всіх цих методів фізичної реабілітації якомога раніше, дає можливість уникнути післяопераційних ускладнень боку з системи дихання та уникнення можливих контрактур [1].

Література:

1. Білинський Б. Онкологія. / Білинський Б.Т., Володько Н.А., Гнатишак А.І. // Підручник. Київ, Здоров'я. - 2004. - С. 306.
2. Болюх Б. Рак шлунка. Лекції клінічної онкології./ Болюх Б.А. Вінниця, 2000. - С. 169–192.

Науковий керівник – доцент Васильєва Н.О.

**Клименко Д.І.
Таран І.В.**

ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ МЕТОДІВ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ КИСТІ У ОСІБ З МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Херсонський державний університет

Інсульт є групою захворювань, обумовлених гострою судинною патологією мозку, які характеризуються раптовою появою скарг або симптомів зникнення локальних, нерідко і загальних мозкових функцій, в наслідок чого виникають психічні, мовні та рухові розлади.

Основним завданням реабілітації є відновлення порушених функцій і соціальна реадаптація хворих, включаючи відновлення навичок самообслуговування, соціальної активності, відносин, працездатності тощо.

Раніше вважалося, що однією з цілей реабілітації хворих, які перенесли інсульт, є застосування методик, в яких основний акцент робився на використанні неуражених кінцівок з метою більшої незалежності пацієнтів в повсякденному житті. В даний час доведено, що активізація уражених кінцівок безпосередньо впливає на процеси функціональної церебральної реорганізації і таким чином сприяє кращому відновленню неврологічного дефекту. Тривала пропріоцептивна стимуляція у хворих з інсультом, яка здійснюється шляхом виконання пасивних рухів, супроводжується підвищенням активності сенсомоторної і додаткової моторної кори за даними функціональної МРТ.

Недостатнє використання паретичної руки може привести до вторинних змін в тканинах, таким як атрофії і контрактури, що більше обмежуватиме функцію ураженої кінцівки [1].

З огляду на даний факт слід виділити деякі основні новітні методи фізичної терапії хворих після інсульту, в яких акцент робиться на максимально можливе застосування ураженої верхньої кінцівки, це – СІМТ-терапія, дзеркальна терапія, система «Екзокисть-2».

В даний час СІМТ-терапія (constraint-induced movement therapy) розглядається як найефективніший метод кінезотерапії у хворих з помірним або легким парезом руки в ранньому, пізньому і навіть резидуальному відновлювальних періодах, тобто навіть при давності інсульту більше року. При СІМТ-терапії здорова рука нерухома за допомогою пов'язки або спеціальної рукавички, і в той же час протягом 3-6 годин в день проводяться спеціально підібрані для паретичної руки вправи. Даний підхід також дозволяє подолати феномен «невикористання» паретичної кінцівки.

Активні тренування в рамках СІМТ-терапії здійснюються відповідно до концепції цілеспрямованого рухового навчання (task-oriented training), пропонуються маніпуляції з різними предметами в побутовому середовищі: такими об'єктами можуть виступати предмети гігієни, столові прилади, різні аксесуари, елементи одягу, дитячі іграшки, прищіпки для білизни і т.д. Індивідуальний набір вправ для конкретного пацієнта проводиться фахівцем фізичної реабілітації на початку курсу СІМТ-терапії. В процесі занять повинна поступово збільшуватися новизна, складність вправ і темп їх виконання. При необхідності можуть бути використані пристосування, призначені для розвантаження ваги руки і полегшення руху [2].

Дзеркальна терапія – метод рухової реабілітації, при якому пацієнт виконує рухи здоровою кінцівкою і дивиться на її відображення в дзеркалі. При цьому у пацієнта створюється ілюзія, що уражена кінцівка рухається як здорова – «дзеркальна ілюзія». Дзеркальна терапія має доказову базу в якості додаткового методу рухової реабілітації та може застосовуватися як в стаціонарі, так і самостійно пацієнтом в домашніх умовах. Застосування даного методу не потребує значних витрат часу для спеціаліста або значимих фінансових витрат для установи або пацієнта. Дзеркальна терапія є одним з основних методів рухової реабілітації пацієнтів з вираженим парезом або плегією кисті в гострому періоді після інсульту, в першу чергу в зв'язку з неможливістю проведення у даній категорії хворих більшості інших видів реабілітаційних заходів.

Перед сеансом необхідно надати правильне положення кінцівкам і дзеркалу. Здорова кінцівка повинна перебувати в тій же позиції, що і уражена. Прикраси з руки повинні бути зняті, татуювання заклеєні. Якщо терапію проводити для ноги, то пацієнт сидить на стільці, а дзеркало стоїть між ногами.

Надалі пацієнтові дається інструкція дивитися на відображення кінцівки в дзеркалі протягом 1 хвилини, намагаючись сприймати відображення здорової кінцівки за уражену. Для посилення ефекту "дзеркальної ілюзії" можна попросити пацієнта уявити, що він дивиться через віконце, а не в дзеркало, або фахівець може застосувати синхронну тактильну стимуляцію двох кінцівок пацієнта. Коли пацієнт повідомить, що відчуває відображену кінцівку як свою уражену, можна починати перше заняття.

Система «Екзокість-2» є нейрокомп'ютерним інтерфейсом, заснованим на реєстрації електроенцефалограми, в комплексі з екзоскелетом кисті для застосування в руховій реабілітації пацієнтів з постінсультним парезом руки. В основі застосування технології «Екзокість-2» лежать уявні тренування з парадигмою уявлення руху (ідеомоторні тренування), рекомендовані міжнародними та вітчизняними клінічними рекомендаціями

в якості додаткового методу рухової реабілітації після інсульту. В процесі уявних тренувань пацієнту дається інструкція представляти виконання певного руху (наприклад, розкрити кисть) від першої особи.

Технологія «Екзокисть-2» дозволяє пред'являти пацієнту відразу два види зворотного зв'язку в ході ментальних тренувань: при розпізнаванні нейрокомп'ютерним інтерфейсом ЕЕГ-сигналів мозку, що відповідають поданням руху, відбувається зміна кольору індикатора на моніторі (візуальний зворотній зв'язок) і розкриття кисті за допомогою екзоскелета (кінестетичний зворотній зв'язок). Таким чином, пацієнт отримує об'єктивну інформації про хід та якість уявних тренувань і швидше навчається їх правильному виконанню [3].

При плануванні індивідуальної програми реабілітації осіб після інсульту слід не забувати, що всі вище описані методи розглядаються як додаткові та застосовуються виключно в комплексі з основними заходами.

Література:

1. Зозуля І.С. Гострий період ішемічного інсульту: сучасний погляд на проблему // Український медичний часопис. – 2009. – 273 с.
2. Левин А.П. Инсульт: уникальная программа реабилитации / А.П. Левин. – М.: Питер, 2016. – 320 с.
3. Столярова Л.Г. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами / Л.Г. Столярова, Г.Р. Ткачева. – М.: «Медгиз», 2008. – 289 с.

Науковий керівник – ст. викладач Таран І.В.

**Тихоненко Ю.А.
Карпукіна Ю.В.**

ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Херсонський державний університет

У структурі ендокринних захворювань цукровий діабет займає близько 60-70%. Серед осіб похилого віку захворюваність значно зростає. У віці 65 років і вище показник поширеності діабету (явного і прихованого) підвищується приблизно до 16%. Не менш високий відсоток захворюваності спостерігається серед осіб із ожирінням. У осіб із помірним ступенем ожиріння частота діабету збільшується в 4 рази, з різко вираженим ожирінням - в 30 разів. Таким чином, ожиріння і похилий вік належать до факторів ризику. На думку більшості авторів, справжня захворюваність на цукровий діабет в декілька разів вища, ніж офіційно зареєстровано. Це пояснюється значним поширенням прихованих (латентних) форм цукрового діабету.

Мета нашого дослідження: розглянути технології фізичної терапії при цукровому діабеті у похилих осіб.

Завдання дослідження:

1. Розглянути форми цукрового діабету
2. Проаналізувати технології фізичної терапії при цукровому діабеті

Залежно від проявів порушень розрізняють легку, середню і важку форми цукрового діабету. Легка форма порушення вуглеводного обміну піддається лікуванню за рахунок підтримання дієти з малим вмістом жирів і вуглеводів, детальне підібрана раціональна організація праці і відпочинку, рекомендується зниження маси тіла до нормальної величини [2].

При середній формі діабету для усунення гіперглікемії і глюкозурії додатково застосовують інсулін у невеликій кількості.

При важкій формі цукрового діабету призначається інсулін у великих дозах на фоні суворої дієти.

Комплексне лікування цукрового діабету не можливе без застосування засобів фізичної реабілітації, які діють не тільки симптоматично, але націлені на окремі ланки патогенезу. Основні засоби, які найбільш ефективні це – лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія.

Не дивлячись на сучасні підтверджені факти про те, що значний відсоток випадків цукрового діабету і його ускладнень можливо попередити за допомогою раціонального харчування, постійної фізичної активності, підтримання маси тіла у межах норми, нажаль, ці заходи не мають широкого розповсюдження серед населення [1, 3, 4].

Ефективність засобів фізичної терапії у відновленні здоров'я осіб із цукровим діабетом залежить від правильно складеної комплексної програми.

Під впливом дозованого та правильно підібраного фізичного навантаження у навіть у літніх осіб зменшується прояви гіперглікемії і глюкозурії, підсилюється дія інсуліну. В той же час, треба пам'ятати, що значні фізичні навантаження викликають різке підвищення вмісту глюкози в крові. При фізичному навантаженні, завдяки посиленню окисному фосфорілюванню, зростає утилізація глюкози для утворення АТФ працюючими м'язами, а під постійним впливом фізичних тренувань та дотримання дієти збільшується кількість глікогену в м'язах і печінці. Треба пам'ятати, що при фізичному навантаженні гіпоглікемія стимулює підвищення секреції соматотропного гормону, який стабілізує вуглеводний обмін і гліколіз жирів [4].

Помірне фізичне тренування дозволяє похилому пацієнту долати м'язову слабкість, сприяє підвищенню опірності організму до несприятливих факторів.

Комплексна програма фізичної терапії при цукровому діабеті

№	Засоби фізичної терапії	Дозування	Методичні вказівки
1	Лікувальна гімнастика	5 разів на тиждень Тривалість – 25-30 хв.	Фізичні вправи для основних м'язових груп в повільному і середньому темпі. Щільність виконання складає 30-40%.
2	Самостійні заняття (лікувальна гімнастика загального характеру)	3-4 рази на день	
3	Самостійні заняття (гімнастика для очей)	5-6 разів на день	Застосовувати як короткочасний відпочинок під час виконання вправ, також перед сном
4	Дозована ходьба (теренкур)	Щоденно від 1,5 до 4 км	Відстань збільшується поступово. Дозується кількістю зупинок для відпочинку та темпом ходьби
5	Масаж	12—15 сеансів, через день Тривалість 15–20 хв,	Застосовують: загальний та місцевий масаж із сегментарно-рефлекторним впливом. Здійснюють з незначною інтенсивністю та силою.
6	Гідротерапія (контрастний душ)	15-20 процедур Тривалість до 3-5 хв.	Обливання за схемою: 1) тепла вода (для звикання); 2) гаряча вода (до тих пір, поки приємно); 3) холодна (20-30 с); 4) гаряча (20-40 с); 5) холодна (1-2 хв); 6) гаряча (20-60 с); 7) холодна (до тих пір, поки приємно).
7.	Бальнеотерапія (застосування мінеральних вод)	Разовий прийом 200 мл загалом на добу – не більше 600 мл.	Ессентуки №4, 17, Смирнівська, Слав'янська, Боржомі
8	Бальнеотерапія (зовнішнє застосування йодобромних і вуглекислих ванн)	Курс 12-14 процедур через день Тривалість 10-12 хвилин.	Температура води у ванні 34-36°C

Фізичні вправи сприяють позитивний вплив на нервову систему та стабілізують емоційний стан, що має велике значення в патогенезі

цукрового діабету. Тренування впливають також на показники серцево-судинної системи, будучи ефективним засобом профілактики атеросклерозу – захворювання, супутнього цукрового діабету [3].

Отже, обов'язково рекомендуємо помірне фізичне навантаження для осіб похилого віку, які хворіють на цукровий діабет.

Література:

1. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: Учебник/ В.А. Епифанов.- Москва: Медицина, 1999.- 304 с.
2. Карпукіна Ю.В. Фізична реабілітація в геронтології: навчальний зошит для практичних та семінарських занять. Навчально-методичний посібник для студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія денної та заочної форм навчання вищих навчальних закладів. – Херсон: Гринь Д.С., 2017. - 60с.
3. Солодков А.С. Воздействие аэробных фитнес-нагрузок умеренной интенсивности на некоторые биомеханические показатели у больных гипотериозом и сахарным диабетом/ А.С. Солодков, И.Б. Маслова// Адаптивная физическая культура.- 2006.- № 2.- С.37-38
4. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений/ Под общ. Ред. С.Н. Попова.- 3-е изд, перераб.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.- 604 с.

Науковий керівник – доцент Карпукіна Ю.В.

Олейник В.Є.

Таран І.В.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У СЕНСОРНІЙ ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Херсонський державний університет

Актуальність теми зумовлена тим, що на теперішній час статистика аутизму по всьому світі вказує на те, що дані розлади та їх поширеність перетворюються на справжню катастрофу. На сьогоднішній день розлади аутистичного спектру розглядаються як порушення нейророзвитку, спостерігається дисгармонійний розвиток головного мозку, порушення формування нервових зв'язків. При нейрофізіологічних дослідженнях у багатьох дітей із розладами аутистичного спектру визначено структурні порушення мозочка, зміни розмірів шлуночків та обсягу білої і сірої речовини, порушення електрофізіології та хімічних процесів мозку. У зв'язку з чим, у дітей спостерігаються психофізичні розлади, що проявляються в першу чергу в порушенні комунікативних функцій, психоемоційного стану, координації, рівноваги тіла, м'язового тону [4, 6].

Сенсорна інтеграція впливає на всі сфери і функції психомоторного розвитку дитини. Завдяки різноманітним фізичним вправам у сенсорній

інтеграції і широкому спектру застосування рухових ігор, різних видів масажу, пропріоцептивної гімнастики та мозочкової стимуляції, є можливість ефективно впливати на розвиток рухових здібностей та навичок дітей із спектром аутизму.

Застосування комплексності методів фізичній терапії у сенсорній інтеграції несе позитивний вплив [5]. При використанні спеціальних вправ зміцнюється не тільки нейром'язовий апарат дитини, але й формуються цінні навички, які спонукають до покращення дрібної моторики, за рахунок розвитку сили, координації та спритності рук.

При виконанні вправ пропріоцептивної гімнастики дитина вчиться долати власні страхи та патологічні стереотипи. Широко використовують вправи на батуті, які спрямовані на статичну та динамічну координацію, рівновагу, спритність та силові здібності дитини. Дані дії спрямовані на тренування вестибулярного апарату. Вправи на мозочкову стимуляцію поліпшують розуміння, увагу, поведінкові реакції, зорово-моторну координацію, розвиток когнітивної сфери [1, 4].

Важливим аспектом в системі фізичної терапії дітей із розладами аутистичного спектру є застосування масажу. Сеанс сегментарної терапії має на увазі поєднання традиційних масажних елементів зі спеціальними. Традиційні прийоми та техніки масажу застосовують у поєднанні із Цигун практикою, основою якої є комплекс дихальних та фізичних вправ. Використовують також холістичний масаж, що спрямований на профілактику та оздоровлення організму в цілому. Він проводиться одночасно в трьох площинах: мануальна терапія, психотерапія та енергетична площина [3, 8]. Під впливом традиційних та нетрадиційних прийомів масажу у дітей із аутистичним спектром знижується нервово-м'язовий тонус, розвиваються нервові зв'язки, пропріоцептивна чутливість тощо.

Обов'язково в програму терапії включають сенсорні ігри [7]. Мета яких полягає в наданні дитині нових відчуттів. Ці відчуття можуть бути найрізноманітнішими: зорові (дитина може бачити яскраві кольори), слухові (дитина чує та реагує на різноманітні звуки, звучання музичних інструментів), тактильні (такі, що дитина може відчувати за допомогою дотиків), рухові (почуття від рухів тіла в просторі, ритму рухів – ходьба, біг, танці), нюхові (дитина вдихає різноманітні запахи та вчиться розрізняти запахи навколишнього світу), смакові (дитина вчиться розрізняти на смак різні продукти харчування та страви). Дитина досліджує предмети та матеріали в пошуках приємних сенсорних відчуттів, а вподобане відчуття прагне отримати знову і знову [4, 5].

Краніально-сакральна терапія є одним із важливих компонентів фізичної терапії дітей із розладами аутистичного спектру. Це метод

сучасної альтернативної медицини, що базується на застосуванні різних мануальних технік, які спрямовані на роботу з кістками черепа та хребта, корекцією краніального ритму із впливом на парасимпатичну частину вегетативної нервової системи для нормалізації роботи центральної нервової системи. Поліпшується ліквородинаміка, а зміщені зі свого місця кістки відновлюють своє розташування [2]. Даний вид терапії вважається особливо корисним при стресових станах, функціональних розладах центральної нервової системи.

Голкорексотерапія відноситься до методів рефлекторної терапії. Даний вид терапії засновується на лікувальному впливі біологічно активних мікрозон. Такий вплив провокує рефлекторну реакцію у вигляді імпульсу, що передається в нервові центри відповідної орієнтації. У дітей із розладами аутистичного спектру використовується в основному поверхнева голкотерапія в поєднанні із гальвано-акупунктурой. Основним завданням рефлексотерапії у дітей із розладом аутистичного спектру є посилення нейроендокринних ланок регуляції вегетативного тону та активація підкіркових утворень головного мозку. В результаті терапії відбувається зменшення стереотипних фобій, що сприяє компенсації стану дітей та адаптації їх в сім'ї і дитячому колективі.

Широко використовується плавання. Вода забезпечує гармонійне середовище для розвитку рухової сфери. Тепла вода знижує явища психологічного стресу, дозволяє краще розслабити м'язи та позбутися від м'язових спазмів і блоків. Діти вчаться підтримувати тіло на плаву, вода надає тактильний вплив на шкіру, гідростатичний тиск.

Застосування іпотерапії здійснює вплив на організм дитини через два фактори: психогенний та біомеханічний. При верховій їзді відбувається корекція психомоторики, розвивається рівновага, координація, синхронізація власних рухів. Під час іпотерапії тіло дитини розігрівається, покращується гемо- та ліквородинаміка, живлення клітин головного мозку. Відбувається контакт з твариною, що позитивно сприяє формуванню контакту із зовнішнім середовищем. Дитина починає взаємодіяти з природою, відкриваючи в собі нові, досі незнайомі якості [8].

Отже, комплексна програма фізичної терапії, в сукупності засобів реабілітації: лікувальної гімнастики, плавання, масажу, сенсорної терапії, рухливих ігор, нетрадиційних засобів лікування, неодмінно має позитивний вплив на розвиток сенсорної інтеграції у дітей із розладами аутистичного спектру, що позначається у поліпшенні загального фізичного та психоемоційного стану, розвитку сенсорної системи та комунікативних здібностей.

Література:

1. Айрес Е. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание проблем развития / Е. Джин Айрес. – М.: Теревинф, 2009. – 270 с.
2. Апледжер Е. Д. Телесно-эмоциональное освобождение. За гранью сознания / Е. Д. Апледжер – Сан-Петербург.: Сударыня – 2005. – 144 с.
3. Галкіна Т. Е. Роль соціальної роботи з дітьми з раннім дитячим аутизмом / Т. Е. Галкіна, Є. В. Малихіна // Вітчизняний журнал соціальної роботи. – 2002. – №2. – С. 96-100.
4. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 4-е, стер. – М.: Теревинф, 2007. – 288 с.
5. Сенсорна інтеграція в діалозі: зрозуміти дитину, розпізнати проблему, допомогти знайти рівновагу / Під ред. Е. В. Клочкової – К. : Либідь, 2010. – С. 174-178.
6. Чуприков А. П., Хворова Г. М. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. – Львів: Мс, 2012. – 184 с.
7. Янушко Е. А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. – Изд. 2-е. – М.: Теревинф, 2007. – 136 с.
8. Tarbox J. Functional analysis and treatment of low-rate problem behaviour in individuals with developmental disabilities / J. Tarbox, M.D. Wallace // Behav Interv. – 2004. – V. 19. – p. 73-90.

Науковий керівник – ст. викладач Таран І.В.

СЕКЦІЯ 4

Оздоровчий фітнес

Гузій Д.А.

КІНЕЗИОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПОШКОДЖЕННЯМ СУГЛОБОВОГО АПАРАТУ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Херсонський державний університет

Рука, в силу специфіки своєї функцій, як орган праці та тонких координованих рухів - найбільш часто схильна до різних травм. Патологія яка виникає, незважаючи на широке впровадження мікрохірургічної техніки, досить часто призводить до порушення працездатності і розвитку інвалідності. За даними різних авторів має місце інвалідизація у 23-29% постраждалих. Найбільш часто пошкоджуються нервово-м'язовий і капсульно-зв'язковий апарати руки, нерви плечового сплетіння і кисть.

Розглянувши анатомічну особливість, суглобо-капсульного апарату верхньої кінцівки було виявлено, що це суглоб, який пов'язує плечову кістку, а через її посередництво всю вільну верхню кінцівку з поясом верхньої кінцівки, зокрема з лопаткою. Головка плечової кістки, бере участь в утворенні суглоба, має форму кулі. З'єднана з нею суглобова западина лопатки являє собою плоску ямку. По колу западини знаходиться хрящова суглобова губа, *labrumglenoidale*, яка збільшує обсяг западини без зменшення рухливості, а також пом'якшує поштовхи і струси при русі головки. Виконує такі функції як обертання, згинання-розгинання, приведення, відведення, обертання.[3]

Кінезотерапія (лікування рухами) або лікувальна фізкультура (ЛФК) – це галузь медичної реабілітації, що вивчає механізми терапевтичної дії на організм руху з профілактичною, лікувальною і реабілітаційною метою. Фізична активність — одна з необхідних умов життя, що має не тільки біологічне, але й соціальне значення. Вона розглядається як природно-біологічна потреба живого організму на всіх етапах онтогенезу. Кінезотерапія використовує в лікуванні хворих одну з найважливіших еволюційно розвинених біологічних функцій організму – рух. Однак для лікування і профілактики використовується не просто рух, а спеціально підібрані, методично оформлені й належним чином організовані рухи, які прийнято називати фізичними вправами. Об'єктом впливу кінезотерапії є хворий з усіма особливостями реактивності й функціонального стану його організму. Всі засоби фізичної культури використовуються для лікування хворого, що вводить її в ранг клінічних дисциплін. Кінезотерапія належить до ефективних методів патогенетичного впливу при різних захворюваннях,

що досягається застосуванням спеціальних фізичних вправ, спрямованих на напруження, релаксацію і скорочення м'язів тулуба і кінцівок, розширення амплітуди рухів у суглобах та супроводжується рефлексорними змінами у внутрішніх органах. Цим визначається відмінність уживаних засобів, методів і дозування в практиці кінезотерапії. Кінезотерапія є методом неспецифічної терапії, а вживані фізичні вправи – неспецифічними подразниками. Будь-яка фізична вправа завжди залучає до реакції у відповідь усі ланки гомеокінезу: нервову, імунну і гормональну системи. Кінезотерапія – засіб відновної терапії. Його успішно поєднують з медикаментозною терапією та різними фізичними чинниками.

Значення кінезотерапії як методу профілактичної терапії визначається формуванням системного структурного результату через вплив регулярних фізичних навантажень. Дозоване тренування фізичними вправами стимулює і пристосовує окремі системи і весь організм хворого до зростаючих фізичних навантажень, у кінцевому результаті приводить до функціональної адаптації хворого. Важливою особливістю кінезотерапії є активна участь хворого в лікувальному процесі, а також процес дозованого тренування. [4]

Науковими дослідженнями в області фізіології рухів встановлений, що кінезіотерапія – потужне джерело енергії, спадково закладено в мозок. Вона проявляється як в сфері вищій нервової діяльності так і в функціях вегетативної і периферичної нервової системи.

Виходячи з уявлень про біологічну роль кінезіофелії, походження біокінетичного синдрому у хворих з травмами локомоторного апарату руки можна розглядати як результат дефіциту фізіологічних *пропріорецепторів*. Однак значення м'язової діяльності не зводяться тільки до компенсації дефіциту рухів при травмах. Для розробки ефективної методики кінезіотерапії - лікування рухом - велике значення має знання медико-біологічних і анатомо-фізіологічних закономірностей розвитку патологічного процесу в різних тканинних структурних пошкодженій кінцівки. Такий всебічно, науково обгрунтований підхід дозволяє будувати програму фізичної реабілітації з урахуванням не тільки характеру травми і рухових розладів, а й особливостей розвитку біологічних і фізіологічних змін в пошкодженнях тканинних структурах руки на різних етапах рухової терапії.

Таким чином, досягнення сучасної біології і фізіології - загальнофізіологічні вчення про моторно-вісцеральних рефлексів і трофічної ролі нервово-м'язові рухи - дозволяють розглядати кінезіотерапію як найбільш ефективний засіб в комплексній фізичній реабілітації больних з різними травмами локомоторного апарату [5].

Розробка комплексної диференційованої програми фізичної реабілітації після ушкоджень капсульно-зв'язкового апарату верхніх

кінцівок, ідивідуально підібраних засобів і методів кінезіотерапії створює передумови для попередження дегенеративних і трофічних процесів травмуваної кінцівки, прискорює процеси регенерації пошкоджених тканин, особливо нервів, забезпечення оптимального відновлення структури і фізичної функціональної здатності пошкодженої кінцівки, що істотно скоротить інвалідність, поліпшить працездатність і соціально-побутовий статус пацієнта.

Література:

1. Анкин Л. Н. Травматология /Л. Н. Анкин. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 496 с.
2. Пархотик И. И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей. - Киев.Олимп.лит.-2007.-279с.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація. - К.: Олімпійська література, 2000. – 424 с.
4. Сосин І.Н. Фізіотерапевтичний довідник. – К: 2013. - 604 с.
5. Травматологія та ортопедія: [підручник для студ. вищих мед. навч. закладів] / за ред.: Г. Г. Голки, О. А. Бур'янова, В. Г. Климовицького. - Вінниця: Нова Книга, 2014. - 416 с.

Науковий керівник – доцент Васильєва Н.О.

Паніна А.Н.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Херсонський державний університет

Кесарів розтин являє собою хірургічне втручання, яке полягає у розрізі черевної стінки й стінки матки з послідуючим вилученням дитини. Ще у давні часи ця операція застосовувалася для порятунку немовля при раптовій смерті матері. З розвитком медицини розвивалася й методика проведення цього оперативного втручання. На сьогоднішній день все більше й більше вагітних жінок віддають перевагу кесаревому розтину, вважаючи що це найліпший спосіб родорозрішення, який не вимагає додаткових зусиль. Раніше до цього прибігали тоді, коли фізіологічні пологи були неможливими за якоїсь причини. Зараз частота кесаревого розтину в рази зросла [3].

Мета нашого дослідження – проаналізувати особливості відновлення жіночого організму після кесаревого розтину за допомогою засобів фізичної реабілітації.

Завдання:

1. Встановити засоби фізичної реабілітації породіль після кесаревого розтину.
2. Дослідити вплив лікувальних фізичних вправ та фізіотерапії на жінок після кесаревого розтину.

Відновлення після кесаревого розтину протікає значно довше ніж після фізіологічних пологів. Для запобігання ендометриту та інфекції призначають медикаментозне лікування, що включає антибіотики та знеболювальні лікарські засоби.

Рання фізична реабілітація породіллі відбувається вже в перший день після операції. Застосовують фізичні вправи та вправи на релаксацію [5]. Рекомендовані також дихальні вправи з метою профілактики застійних явищ у легенях, але з обережністю. Вправи виконують у палаті в умовах постільного режиму в положенні лежачи на спині, обов'язково контролювати тип дихання, воно повинно бути грудним а не черевним. Не можна допускати перенапруження черевної стінки й м'язів живота, це може спричинити розходженню шва, тому вправи на нижні кінцівки дозволяють тільки у вигляді згинання розгинання лежачи на спині чи на боці. Доки надають перевагу вправам на верхні кінцівки [1].

Для запобігання розвитку спайок, жінці пропонують обережно вставати з ліжка і трохи ходити по палаті. Перші декілька днів після оперативного втручання забороняється приймати душ, щоб уникнути інфікування операційної рани. Його можна замінити на обтирання вологим рушником, обходячи цю зону.

Початок застосування інтенсивних фізичних навантажень в пізньому післяопераційному періоді має узгоджуватися з лікарем, що спостерігає пацієнтку, з урахуванням всіх абсолютних і відносних протипоказань. Облік стану післяопераційного рубця і виду розрізу, за допомогою якого проводилася операція кесаревого розтину, є головними чинниками, що визначають індивідуальний обсяг і тривалість проведеної реабілітації.

Застосування лікувальної фізичної культури спрямовані на стимуляцію регенерації в області шву, нормалізації шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, обміну речовин. Якщо кесарів розтин проводився планово, спеціаліст повинен ще до операції роз'яснити й навчити пацієнтку виконання деяких вправ [4].

Лікувальна гімнастика рекомендовано проводити породіллі у спеціальному биндажу, який буде підтримувати м'язи живота. Але не варто носити биндаж увесь час. Це негативно впливатиме на кровообіг. На ніч його знімають.

На 3 – 4 день післяопераційного періоду збільшують навантаження у вигляді підвищення кількості повторень вправ й збільшення амплітуди. Додають вправи на зміцнення м'язів тазового і живота, які чергують з дихальними. На 5 день призначають динамічні вправи з поворотами корпусу. Варто слідкувати за загальним станом жінки, періодично звертати увагу на її самопочуття й надавати час для відпочинку.

Для скорішого відновлення процес реабілітації не обмежується лише лікувальною фізичною культурою. Ефективним методом для швидкого

загоєння операційної рани є фізіотерапія. Використовують в основному із застосуванням лікарських засобів, а саме антисептичні, знеболювальні, трофіко стимулюючі [2].

Фізіотерапія покращує процес загоєння, стимулює трофіку, надає знеболювальний ефект, перешкоджає розвитку запалення й нагноєння швів, які згодом можуть призвести до інфекційних ускладнень. Заходи з фізіотерапії необхідно починати як найраніше разом з антибактеріальною терапією. Процедури відпускають після хірургічної обробки швів.

Використовують інтенсивний вплив поляризованим світлом на область операційної рани, КУФ-опромінення, низькочастотну магнітну терапію, лазеротерапію, також вплив дециметровими хвилями СВЧ терапії на область шву [6].

Комплексне застосування фізичних вправ на ряду з медикаментозною терапією й фізіотерапією значно пришвидшує відновлення і скорочує термін перебування породіллі в стаціонарі. Фізична реабілітація не обмежується лише у лікарні. Важливо продовжувати її й після виписки з пологового будинку. Це сприятиме подальшому посиленню процесу загоєння рани, відновленню м'язового тонуусу й регенерації пошкоджених тканин. Повне загоєння рубця потребує приблизно 1 – 2 роки. В цей час не рекомендовано планувати наступні пологи.

Література:

1. Вафоева І.М. Особливості перебігу вагітності та пологів з макросомією. Дисертація на здобуття академічного ступеня магістра за фахом "Акушерство та гінекологія". Самарканд, 2013. 67 стр.
2. Ганієв Ф.І. та ін. Гінекологічне Здоров'я і якість життя жінок після хірургічної корекції пролапсу геніталій // Досягнення науки і освіти, 2019. № 10 51с.
3. Дустовий Н.К. Ведення пологів при тазовому передлежанні плода в сучасному аспекті // Проблеми біології та медицини. 2012. Т.1. 73с.
4. Дустовий Н.К. Особливості перебігу вагітності та її результат в залежності від ступеня тяжкості прееклампсії // Проблеми біології та медицини, 2012. Т. 1.129с.
5. Карпукіна Ю.В, Тарасова О.О. Вплив фізичного навантаження та релаксації на працездатність головного мозку. / Ю.В. Карпукіна, О.О.Тарасова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: наук. журнал.–Харків: ХДАДМ (ХХПІ), 2009, № 8, С. 66-70.
6. Курбаніязова В.Е., Камалова Д.Д. Ефективна контрацепція після кесарева перетину // Тиждень науки 2015 року, 2015. 85-85с.

Науковий керівник – доцент Карпукіна Ю.В.

Полюга А.А.
Козій Т.П.

ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ЖИРОВИЙ КОМПОНЕНТ МАСИ ТІЛА У ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ

Херсонський державний університет

Постановка проблеми. Аналіз наукових досліджень. На сьогодні проблема ожиріння є однією із головних проблем, що належить до найбільш розповсюджених і життєво загрозованих для здоров'я людини. Крім того, аналіз офіційних статистичних даних показав виражену тенденцію до зростання показника кількості населення із зайвою вагою та різним ступенем ожиріння із року в рік, як в усьому світі, так і в Україні. Причому, цей показник серед жінок значно вищий, ніж серед чоловіків [1, с. 5; 2, с. 81; 7, с. 16-28].

Проблема ожиріння не є суто естетичною, вона підвищує ризик до розвитку багатьох захворювань, таких як цукровий діабет 2 типу, атеросклероз, артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, остеохондроз, остеоартрити, синдром нічного апное, варикозне розширення вен нижніх кінцівок тощо. Крім того, ожиріння знижує працездатність людини, ускладнює інтелектуальну і фізичну діяльність, сприяє розвитку психологічних комплексів, призводить до ранньої інвалідизації, передчасного старіння і скорочення тривалості життя [3, с. 12-20; 8, с. 24-28].

Складаючи реабілітаційну фітнес-програму, спрямовану на зниження маси тіла, необхідно враховувати такі фактори, як ступінь ожиріння, вік і стать людини, тривалість підвищення маси тіла, локалізацію жировідкладення, спосіб життя, харчові та шкідливі звички. На основі цих факторів контроль за динамікою показників складу маси тіла під час фізичних тренувань має важливе значення для правильної корекції ваги людини [4, с. 80-81; 6, с. 775].

Мета дослідження – визначити ефективність впливу інтервального фізичного навантаження на жировий компонент маси тіла жінок із ожирінням.

Організація і методи дослідження. Дослідження проводилось протягом двох місяців тренувально-інтервального навантаження на базі фітнес-клубу «FitCurves» в м. Херсон. В ньому приймало участь 15 жінок віком від 32 до 53 років з початковим рівнем фізичної підготовки, задовільним станом здоров'я, з надмірною вагою та ожирінням.

В якості вихідних даних, отриманих при первинному обстеженні, для подальшого аналізу і визначення критеріїв ефективності фітнес-програми обрано показник товщини шкірно-жирових складок на різних ділянках тіла.

З метою повного уявлення про розподіл жирівідкладення в різних сегментах тіла застосовувався метод каліперометрії, який полягає у вимірюванні товщини шкірно-жирової складки (ШЖС) на різних ділянках тіла людини за допомогою спеціального вимірювального приладу – каліпера [6, с. 40-62]. Вимірювання проводились на правій стороні тіла, шкірну складку при цьому щільно стискали, щоб в її складі виявилася шкіра і підшкірний жировий шар, відтягували її, наскільки можливо; іншою рукою на складку накладали каліпер, на 1 см нижче місця захоплення.

В даному дослідженні були виміряні показники ШЖС в чотирьох точках:

- 1 – на задній поверхні плеча (над тріцепсом);
- 2 – на передній поверхні плеча (над біцепсом);
- 3 – в області спини (під нижнім кутом лопатки);
- 4 – в області живота (над гребенем клубової кістки на рівні пупка).

Після проведення дослідження і аналізу отриманих показників товщини шкірно-жирових складок на різних ділянках тіла жінок середнього віку була розроблена та застосована фітнес-програма інтервального навантаження.

Заняття проводились 3 рази на тиждень. Тренування тривало 40 хвилин і складалось із 5 частин: розминка – 5 хвилин, кардіо-навантаження – 10 хвилин, силове навантаження – 15 хвилин, заминка – 5 хвилин і розтяжка – 5 хвилин.

Комплекс вправ складали відповідно до початкового рівня фізичної підготовки обстежених жінок. В програму тренування включалися вправи з власною вагою та на тренажерах, що працюють на основі гідравлічного опору, яке створюється шляхом тиску рідини в циліндрі.

Через 2 місяці тренувань було проведено контрольне вимірювання товщини шкірно-жирових складок на різних ділянках тіла жінок середнього віку за допомогою методу каліперометрії для оцінки ефективності використаної фітнес-програми інтервального навантаження.

Результати дослідження. Показники каліперометрії обстежених жінок та їх динаміка протягом 2-х місяців занять інтервальним фізичним навантаженням наведені у таблиці 1 та на рисунку 1.

Найбільша динамічна різниця між двома вимірюваннями з інтервалом – два місяці виявилась в товщині шкірно-жирової складки (ШЖС) в ділянці живота над гребенем клубової кістки на рівні пупка і становила –2,1 мм. ШЖС в ділянці спини під нижнім кутом лопатки зменшилась на 1,63 мм. Такі результати були досягнуті за рахунок виконання спеціальних фізичних вправ для формування м'язового корсета тулуба жінок, але більш

спрямованих на м'язи черевного преса, з дотриманням відповідного темпу і дозування навантаження. Показники ШЖС в ділянках плеча зазнали менших змін, причому як на задній поверхні (-0,6 мм), так і на передній поверхні (-0,7 мм).

Таблиця 1

Динаміка показників товщини шкірно-жирових складок (ШЖС) тіла за даними каліперометрії жінок середнього віку, що займалися інтервальним фізичним навантаженням

Показники (мм)	Вихідні показники	Контрольні показники	Динамічна різниця	t	p
ШЖС на задній поверхні плеча (над тріцепсом)	22,2±0,8	21,6±0,7	-0,6	1,4	0,192
ШЖС на передній поверхні плеча (над біцепсом)	19,6±0,9	18,9±0,8	-0,7	2,6	0,005
ШЖС на спини (під нижнім кутом лопатки)	25,7±1,3	24,1±1,2	-1,6	3,6	0,003
ШЖС на животі (над гребенем клубової кістки на рівні пупка)	36,1±1,3	34,0±1,3	-2,1	6,9	0,001

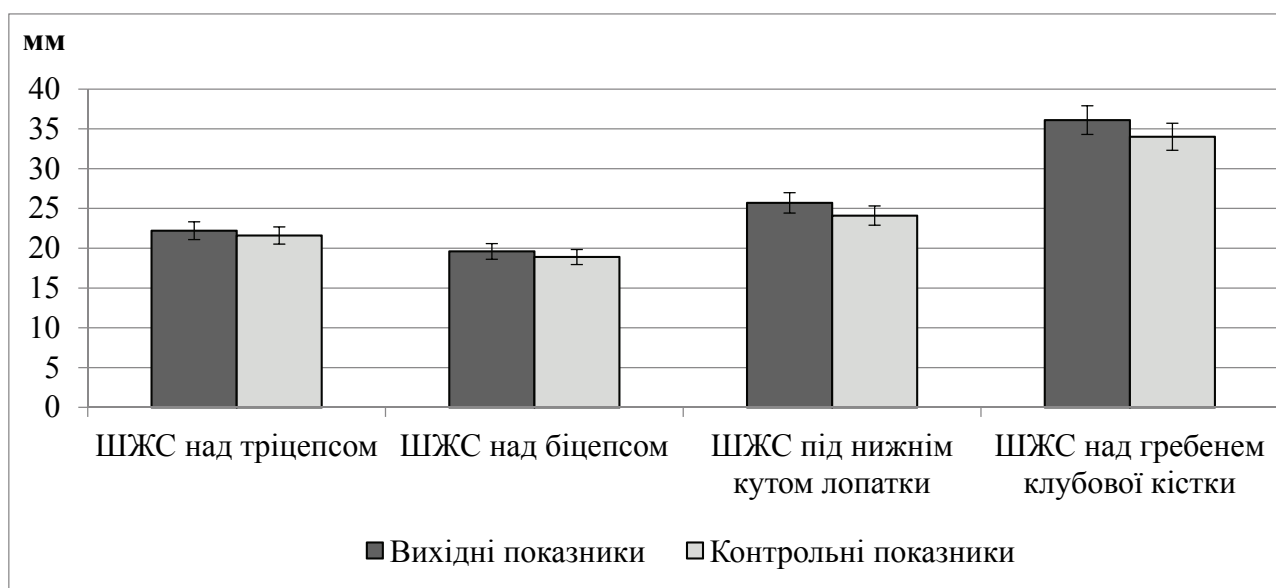


Рис.1. Динаміка показників ШЖС тіла жінок середнього віку, що займалися інтервальним фізичним навантаженням

Дані показники каліперометрії допомогли визначити диференційований вплив використаних фізичних вправ на різні ділянки тіла обстежених жінок, що в подальшому необхідно враховувати при корекції програми інтервального фізичного навантаження з метою більш ефективного зниження жирової маси.

Таким чином можна зробити **висновок** про ефективність впливу застосованого інтервального фізичного навантаження протягом двох місяців на організм жінок середнього віку із зайвою вагою і ожирінням, про що свідчить динаміка отриманих результатів дослідження, а саме, всі обстежені жінки змінили свої розміри тіла в напрямку їх зменшення та в кінцевому підсумку досягли основної мети занять на даному етапі – корекції об'ємів і маси тіла.

Перспективи подальших досліджень. В наступних дослідженнях будуть проаналізовані та порівняні зміни показників компонентного складу маси тіла жінок під впливом різних реабілітаційних фітнес-систем з метою виділення пріоритетних напрямків фізичного навантаження, спрямованих на корекцію маси тіла жінок із зайвою вагою і ожирінням різного ступеня.

Література:

1. Аметов А. С. Ожирение – эпидемия XXI века / А. С. Аметов // Тер. архив. – 2002. – № 10. – С. 5-7.
2. Давиденко Н. В. Проблема ожиріння в Україні / Н. В. Давиденко, І. П. Смирнова, І. М. Горбась, Е. А. Кваша // Журнал практ. лікаря. – 2002. – № 1. – С. 81-85.
3. Ивлева А. Я. Ожирение – проблема медицинская, а не косметическая / А. Я. Ивлева, Е. Г. Старостина. – М., 2002. – 176 с.
4. Козий Т. П. Влияние разнонаправленных физических нагрузок на композицию тела женщин среднего возраста / Т. П. Козий, Н. П. Доляновская // Наука і освіта : [наук.-практ. журнал Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського. Серія : Педагогіка] – Одеса : ПНПУ ім. К. Д. Ушинського, 2015. – № 4/СХХХІІІ. – С. 80-86.
5. Мартиросов Э. Г. Антропометрические методы определения жировой и мышечной массы тела / Э. Г. Мартиросов, С. Г. Руднев // Проблемы современной антропологии (сборник, посвященный 70-летию со дня рождения профессора Б. А. Никитюка). – М. : Флинта, Наука, 2004. – С. 40-62.
6. Полюга А. А., Козий Т. П. Ефективність застосування інтервального фізичного навантаження при ожирінні у жінок середнього віку // Topical issues of the development of modern science. Abstracts of the 5th International scientific and practical conference. Publishing House “ACCENT”. Sofia, Bulgaria. 2020. Pp. 774-781. URL: <http://sci-conf.com.ua>.
7. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения: резюме / Под ред. F. Branca, H. Nikogosian, Tim Lobstein. – Всемирная организация здравоохранения. – 2009. – 408 с.
8. Peeters A. Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis / A. Peeters [et al.] // Annals of Internal Medicine. – 2003. – Vol. 138 (1). – P. 24-32.

Науковий керівник – доцент Козій Т.П.

Семенова В.К.
Карпухіна Ю.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛФК ПРИ ГАСТРИТАХ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ

Херсонський державний університет

На думку ряду авторів, гастритом страждає кожна друга людина, яка проживає в індустріально розвинених країнах. При цьому захворюванні розвивається запалення слизової оболонки шлунку, інколи і глибших шарів шлунку, яке супроводжується порушенням його функціональної активності (моторної, ексреторної і інкреторної функцій) і структур.

Серед пацієнтів з однаковою частотою зустрічаються і чоловіки, і жінки. Дане захворювання виявляється у людей різних вікових категорій, але у молодих найбільш поширеним варіантом є хронічний гастрит типу В (бактеріальний), у літніх осіб – типу А (аутоімунний). Тому і при складанні реабілітаційних програм потрібно враховувати не тільки стан опорно-рухової системи похилих осіб та їх індивідуальні особливості, але і етіологію захворювань та стан шлункового-кишкового тракту.

Метою нашого дослідження стало – особливості лікувальної фізкультури у осіб похилого віку.

При старінні спостерігається атрофія слизової оболонки шлунку, уповільнюється робота гладких м'язів та інтрамуральних нервових сплетінь (метасимпатичної нервової системи). Такі зміни безумовно впливають на діяльність та регуляцію цього органу. Крім того знижується інтенсивність кровопостачання шлунку, що в свою чергу провокує швидкість розвитку атрофічних процесів у шлунку. В результаті цих змін знижується інтенсивність і обсяг секреції шлункового соку, зменшується загальна і вільна кислотність, певною мірою падає і концентрація та активність пепсину. Моторна функція шлунку теж уповільнюється, у зв'язку з чим їжа тривалий час знаходиться у шлунку. Отже, у літніх і старих людей спостерігається картина хронічного гастриту [2].

Фізичні вправи є необхідним засобом лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, особливо у похилих осіб, оскільки створюють позитивний вплив на організм людини, нормалізують його загальний режим і сприяють поліпшенню ряду порушених функцій. Перш за все фізичні вправи впливають на травну систему через нервові центри і провідні шляхи - по типу моторно-вісцеральних рефлексів. Дозовані фізичні навантаження (як правило, малої та середньої інтенсивності) через стимуляцію пропріорецепторів підвищують збудливість кори великих півкуль головного мозку, а значить, і харчового центру, тим самим

активізуючи вегетативні функції, покращуючи травлення, стимулюючи функцію печінки, тонізуючи мускулатуру шлунку і кишок.

В той же час, треба пам'ятати, що інтенсивна м'язова робота у похилому віці різко гальмує моторну, секреторну і всмоктувальну функції, а помірні навантаження стимулюють діяльність травної системи [4].

У свою чергу фізичні навантаження за допомогою аферентної, пропріоцептивної імпульсації від працюючих м'язів впливають на центральні механізми регуляції травлення у головному мозку. Спеціальні фізичні вправи для м'язів черевного преса безпосередньо впливають на внутрішньочеревний тиск, вправи на діафрагмальне дихання змінюють положення діафрагми, тиснучи на печінку, жовчний міхур. Поєднання всіх цих факторів визначає позитивну роль у застосуванні ЛФК в комплексному лікуванні хворих із захворюваннями органів травлення [1, 4].

У гострій фазі гастриту і при загостреннях виражені болі, нудота, блювота. Після стихання цих явищ можна призначати лікувальну гімнастику, але обов'язково виключити вправи для черевного преса. Застосовувати вправи загально зміцнюючі для рук, ніг в поєднанні з дихальними вправами.

У хронічній стадії гастриту без загострення, особливості прийомів ЛФК залежать від характеру секреції. При зниженій секреції навантаження повинне бути помірним. Застосовують загально зміцнюючі і спеціальні вправи для м'язів черевного преса і черевне дихання в положенні стоячи, сидячи, лежачи; призначають ускладнену ходьбу. Тривалість процедур до 20-30 хв.

Порушення діяльності кишечника (пронос), яке виникає часто у похилих осіб вимагає відстрочки призначення лікувальної гімнастики до припинення ентериту. Запори не є протипоказанням для застосування фізичних вправ, оскільки вони сприяють поліпшенню роботи кишечника [3].

Наряду з вправами без обтяження в комплекс лікувальної гімнастики необхідно обов'язково вводити і емоційні вправи, спрямовані на підвищення тону нервової системи, особливо у похилих осіб зі зниженою секрецією (наприклад, комбіновані руху, що супроводжуються ударами, і ін.).

Вправи при ходьбі рекомендується виконувати повільно, по можливості з підніманням стегон. Підскоки слід замінити не повними присіданнями, які не будуть викликати струсу черевних органів.

Спеціальні навантажувальні вправи для м'язів черевного преса в першій половині курсу лікувальної гімнастики не рекомендуються, оскільки і без цих вправ м'язи залучаються до роботи при нахилах і поворотах тулуба в сторони.

Вправи з гімнастичними предметами (гантелі, булави і ін.) повинні бути маховими і поєднуватися з дихальними вправами, доцільніше застосовувати динамічні дихальні вправи [1].

Отже, застосування фізичних вправ при гастритах у похилих осіб є доцільним та фізіологічно обґрунтованим.

Література:

1. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: [учебное пособие для Вузов] / В.А. Епифанов. – М.: Изд. дом «ГЭОТАРМЕД», 2006. – С. 249-262.
2. Карпукіна Ю.В. Фізична реабілітація в геронтології: навчальний зошит для практичних та семінарських занять. Навчально-методичний посібник для студентів спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія денної та заочної форм навчання вищих навчальних закладів. – Херсон: Гринь Д.С., 2017. - 60с.
3. Лікування хронічного гастриту з секреторною недостатністю / Ю.М. Степанов, І.Я. Будзак, І.М. Кононов, С.В. Косинська // Сучас. гастроентерологія. – 2004. – № 2. – С. 4-7.
4. Маев И.В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / И.В. Маев // Терапевтический архив. – 2006. – Т. 64, № 2. – С.10-15.

Науковий керівник – доцент Карпукіна Ю.В.

СЕКЦІЯ 5

Рекреаційні технології та нетрадиційні методи реабілітації

**Бондар Н.А.
Гурова А.І.**

ОЗДОРОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ ІПОТЕРАПІЇ НА БАЗІ КІННОГО КЛУБУ «ЕМІЛІЯ»

Херсонський державний університет

Дитячий церебральний параліч – це розповсюджене захворювання нервової системи, яке характеризується ураженням головного мозку. Різні етіологічні чинники можуть сприяти розвитку дитячого церебрального паралічу (виділяють: перинатальні, натальні і постнатальні несприятливі фактори). Захворювання є поліетіологічним. В основі клінічної картини ДЦП лежать рухові розлади, що формуються за типом паралічів, парезів, рідше гіперкінези, атаксії, патології тону м'язів. Виражені рухові патології нерідко спостерігаються в поєднанні із сенсорними порушеннями, тобто недорозвиненням пізнавальної діяльності та інтелекту. Застосовують п'ять основних форм ДЦП: подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміпаретична форма, гіперкінетична форма, атонічно-астатична форма. На практиці виділяють ще змішану форму ДЦП. По руховому дефекту розрізняються три ступеня тяжкості ДЦП при всіх формах захворювання: легка - фізичний дефект дозволяє пересуватися, користуватися міським транспортом, мати навички самообслуговування. Середня - діти потребують часткової допомоги оточуючих при русі і самообслуговуванні. Важка - діти цілком залежать від оточуючих та батьків [2].

З кожним роком кількість дітей з діагнозом дитячий церебральний параліч (ДЦП) збільшується, але при цьому недостатньо ефективних методів реабілітації та допомоги цим дітям. Ця проблема ставить перед вченими і практиками завдання розробки нових методів реабілітації та підтримки таких дітей. Одним з таких шляхів є використання верхової їзди в системі реабілітації дітей з інвалідністю [1].

Вивчення іпотерапії та лікувальних властивостей коней складає неабияку наукову цінність для теперішнього та майбутнього людства. Із року в рік, під неупинним наглядом медиків багато інвалідів набувають можливості встановити нормальні соціальні відносини з навколишнім світом і поліпшити свій фізичний стан. Іпотерапія - це одна з технологій яка сприяє поліпшенню стану здоров'я. З найдавніших часів позитивний вплив

на здоров'я людини здійснювала верхова їзда і спілкування з кіньми. Античний лікар Гіппократ стверджував, що поранені і хворі одужують швидше і успішніше, якщо їздять верхи на конях [3].

На сьогоднішній день вивченням цього питання займаються сотні вчених але в Україні фахівців з іпотерапії, на жаль, дуже мало (можливо пов'язано це з тим, що в нашій країні не належне ставлення до цього методу і саму іпотерапію вважають нетрадиційним методом оздоровлення).

Кінний клуб «Емілія» працює у місті Херсоні вже майже 7 років. Він заснований у 2013 році, коли була придбана перша кобила на ім'я Міла (Емілія) для роботи з дітьми. На сьогоднішній день у стайні знаходиться сім коней. Три з них працюють з особливими дітьми. Кінний клуб працює тільки в теплу пору року (з травня по жовтень) тому, що нема вкритого манежу, і робота залежить від погодних умов. Загальною метою клубу є - фізична реабілітація дітей з інвалідністю за допомогою коней (іпотерапія). З 2013 по 2019 рік на базі кінного клубу пройшли заняття з іпотерапії понад 200 дітей з інвалідністю та отримали певний досвід катання верхи. Але іпотерапія дає не тільки задоволення, а і допомагає дітям відновити свій стан здоров'я. Саме для покращення здоров'я дітей, більшість батьків приводять своїх дітей на заняття з іпотерапії. Для дітей з інвалідністю розроблена індивідуальна програма за якою вони працюють і отримують добрі результати. Тривалість занять від 4 до 15 хвилин. Взагалі діти проходять заняття курсами, 5 занять на одному тижні, два вихідних і 5 занять на другому тижні. Для занять використовують коней не молодше 5 років, які пройшли спеціальне навчання і підготовку. Кінь повинен бути доброзичливим, без агресії. Для занять використовують спеціальне спорядження (гурт).

У кожному конкретному випадку складається індивідуальний план занять. Спільними бувають багато пунктів, але зміст і тривалість занять різна в залежності від тяжкості захворювання, рівня самостійності, моторних функцій, фізичного стану дитини. При цьому особлива увага приділялася правильному положенню голови дитини, спини, шиї і ніг.

Восени 2019 року на базі кінного клубу «Емілія» у місті Херсоні, нами були систематизовані результати занять з іпотерапії для дітей, що мають діагноз дитячий церебральний параліч. Були зібрані медичні висновки та діагнози лікарів, заключення різних реабілітаційних центрів. Було проведено анкетування батьків в якому взяли участь 30 осіб, діти яких у віці від 9 місяців до 15 років, з різними формами ДЦП, відвідували заняття у кінному клубі «Емілія» в різні роки. Метою було відстежити та розглянути ефективність методу іпотерапії незалежно від віку, статі, та форми захворювання. Головним показником було покращення стану в залежності від регулярності відвідування занять.

Всього серед 30 дітей відмічена різна регулярність відвідування занять: 24 (80%) з них – займалися регулярно, та мали відмінний результат; 4 (14%) – ходили не регулярно, мали добрий результат; 1 (3%) дитина – відвідувала заняття не регулярно, мала низький результат; 1 (3%) дитина - відвідувала регулярно, але також мала низький результат.

Діти, які регулярно відвідували заняття та мали відмінний результат, працювали у режимі: 4-5 курсів на рік, по 10-15 занять. Вже після першого заняття, у дітей поліпшився психо-емоційний стан, через 5 занять покращилася координація рухів, стали тримати краще рівновагу, зміцнилися м'язи спини, слабкі м'язи набули сили, а спазмовані розслабилися. Після другого курсу з'явилася впевненість під час ходьби, спастика в нижніх кінцівках помітно знизилася, покращилася робота дрібної моторики. Після двох - трьох курсів відбулося поліпшення вестибулярного апарату. Знизився тонус у нижніх кінцівках, стали краще володіти своїм тілом, краще стала постава. Стали тримати голову, сидіти самостійно. Де-хто з дітей, після кількох курсів іпотерапії, пішли самостійно до школи, деякі пішли до дитячого садку.

Група, яка не регулярно відвідувала заняття, працювала у режимі: 1-2 курси на рік, по 8-10 занять, також, мала позитивні результати. У цих дітей покращився психоемоційний стан, відбулося поліпшення вестибулярного апарату, координації рухів, рівноваги, зниження патологічного тону м'язів, зміцнили м'язи спини, поліпшилася концентрація уваги на предметах, нормалізувався сон.

До третьої групи належить 1 дитина (3%), яка пройшла заняття в межах 1 курсу на рік - 10 занять, відповідно, вона має гірший результат, але все одно – позитивний! Знизився тонус м'язів, стала краще сидіти, зміцнили м'язи спини, покращився психоемоційний стан дитини, нормалізувався сон.

Так само, має гіршу результативність, 1 дитина (3%), яка регулярно відвідувала заняття (4-5 курсів на рік, по 10 занять). Припускаємо, що це пов'язано з супутніми діагнозами, та більш тяжкою формою ДЦП. Але у неї, також, відбулося покращення емоційного стану, нормалізувався сон, стала більш спокійною, знизився тонус м'язів, покращилася робота шлунково-кишкового тракту, м'язи верхніх та нижніх кінцівок стали більш м'якими.

Отже, за нашими дослідженнями, найкращі результати показали ті діти, які проходили заняття іпотерапії систематично, з певним інтервалом. Категорія дітей, яка відвідувала курси нерегулярно, має добрі результати, які пов'язані з легкою формою ДЦП та постійним відвідуванням центрів реабілітації. В цілому, ефективність методу іпотерапії залежить від періодичності занять, тяжкості захворювання, та супутніх діагнозів, а її унікальність полягає в тому, що не дивлячись на різну періодичність (хтось мав 1 курс на рік, хтось – 2-3 курси, хтось – 4-5 курсів на рік), все одно, усі

діти мали позитивні результати. Тому наголошуємо, що для отримання максимального ефекту доцільно, коли дитина займається систематично, з певною періодичністю, більш тривалими курсами.

Література:

1. Пополитов Р. А. Иппореабилитация, ее социальная значимость и распространенность в системе реабилитации людей, в том числе страдающих ДЦП, а также эффективность при занятиях с детьми со спастическими формами данного заболевания /Р.А.Пополитов // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, 17-18 апреля 2008 г. – Симферополь, 2008. – 146-148 с.
2. Козьявкин В.И. Детские церебральные параличи, медико-психологические проблемы / Под. ред. В. И. Козьявкин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов. – Львов: Украинские технологии, 2000, – 142 с.
3. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды./ И. Штраус. Пер. с нем. – М.: Московский конноспортивный клуб инвалидов, 2000.- 102с.

Науковий керівник – доцент Гурова А.І.

**Вишнякова Н.А.
Бірюкова Т.В.**

ЙОГА ЯК ОЗДОРОВЧИЙ ВИД РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ, ЇЇ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Херсонський державний університет

Здоров'я – одне з найбільших життєвих цінностей людини, яке тісно пов'язаний зі способом життя. Достатня фізична активність є важливим елементом здорового способу життя та одним із найважливіших чинників які сприяють збереженню і зміцненню здоров'я. Зниження рухової активності веде до функціональних і морфологічних змін в організмі, приводить до порушення злагодженості в роботі м'язового апарата й внутрішніх органів. У результаті це призводить до розладу регуляції діяльності функціональних систем організму, порушення обміну речовин, розвитку дегенеративних захворювань.

Фізичні вправи є одним з найбільш дієвих засобів, що сприяють усуненню негативних впливів гіподинамії. Завдяки їм поліпшуються розвиток і діяльність всіх органів і систем людини, підвищується працездатність, зміцнюється здоров'я [4, с. 11 - 23].

Одним із основних завдань відновлювальної медицини є створення нових технологій оздоровчо-реабілітаційної допомоги які були б ефективні на всіх етапах профілактики, медичної реабілітації і відновного лікування, зокрема це коригуючі технології які включають великий арсенал немедикаментозних лікувально-профілактичних методів [9].

Йога, стародавнє індійське вчення, проповідує здоровий і природний спосіб життя. Хатха-йога є однією з її складових частин, предметом якої є турбота про фізичне тіло, його добробут, здоров'я та міцність, а також всього того, що сприяє підтримці у людині природного і нормального стану його здоров'я [5, с. 17 - 34]. Вона являє собою комплексний підхід до здоров'я, впливаючи як на фізичний, так і на психологічний рівні здоров'я. Перевірені багаторічним досвідом елементи цієї системи фізичної культури індійських йогів здавна увійшли в наше життя як нетрадиційні методи оздоровлення. Її засоби – фізичні вправи (асани), дихальні вправи (пранаяма), гідротерапевтичні процедури, різні очисні засоби, дієтичне харчування, дозоване голодування тощо, виявилися у багатому співзвучні з доктриною відновлювальної медицини. Вони зміцнюють здоров'я, загартовують організм, позитивно впливають на основні фізіологічні системи: нервову, дихальну, серцево-судинну, ендокринну, статеву, травну та на систему опорно-рухового апарату, забезпечують різносторонній гармонійний розвиток людини й формують культуру її здоров'я. В процесі занять йогою в організмі реалізується цілий ряд оздоровчих ефектів: зміцнення, розвиток гнучкості й рухливості опорно-рухового апарату, тренування внутрішньої мускулатури та корекція хребта, поліпшення центрально-нервової регуляції фізіологічних процесів, поліпшення іннервації й кровопостачання внутрішніх органів, руху лімфи, стимуляція роботи залоз внутрішньої секреції та всіх органів. Вчені зі всього світу які досліджували її лікувально-оздоровчу ефективність, підтвердили це експериментальними роботами, в яких йога – як різновид лікувальної фізичної культури, рекомендована при різних нозологіях [1, с. 37, 3, с.90-91, 6].

Асани – це свідомо задані форми тіла. Це пози, які розглядаються як вправи які орієнтовані на анатомію людського тіла. Внаслідок спеціальних деформацій, не створюючи зайвого навантаження на серце, вони впливають не тільки на м'язову систему, а й на внутрішні органи, а також на різні ділянки вегетативної нервової системи яка бере участь у регуляції діяльності усіх внутрішніх органів та залоз, а також обміну речовин, забезпечують тканини достатньою кількістю крові, урівноважують дихання. Асани практикуються з глибоким диханням, релаксацією і концентрацією вони розвивають здатність контролювати розумову діяльність. На відміну від фізичних вправ які вимагають для свого виконання великого фізичного напруження, асани позбавленні непотрібної напруги, всі рухи робляться повільно і послідовно при відповідній схемі дихання і розслаблення. Тонічні скорочення м'язів більш економічні енергетично, вони не забирають енергію необхідну для функціонування внутрішніх органів. При фізичних вправах посилюється кровоток і поглинається кисень, цей же ефект в йогівських вправах досягається

простими рухами хребта і суглобів в поєднанні з диханням без руху м'язів, які потребують фізичної напруги, що дає змогу уникати додаткових навантажень на серце [2, с. 56, 4, с.69 -74, 8, 9].

Пранаями – унікальні техніки, призначені для навчання усвідомленого управління диханням. Впливаючи на дихальну систему, вони перебудовують всі системи організму, а також емоційно-чутливу, вольову, розумову сфери. Внаслідок збільшення звичного обсягу вдихуваного повітря, збільшується ефективність альвеолярної вентиляції і поліпшується постачання організму киснем; підвищується ефективність альвеолярно-капілярної перфузії; стимулюється місцевий імунітет, що сприяє профілактиці легневих захворювань; гармонізується рівень основного обміну; виконання пранаям у швидкому темпоритмі створює інтенсивне коливання показників внутрішньо порожнинного тиску і сприяє гідравлічному масажу внутрішніх органів. Особливо актуальний цей ефект для органів мозкової порожнини, бо це практично єдиний фізіологічний спосіб нормалізації черепно-мозкового тиску. Регулюючи тривалість вдиху і видиху, затримок дихання, змінюється концентрації кисню і вуглекислого газу що «тренує» буферні системи організму, гуморальну ланку регуляції. А це, своєю чергою, сприяє «налагодженню» взаємозв'язків органів і систем всього організму. Це невеликий перелік ефектів, які отримує організм при регулярній практиці пранаям. Пранаями дуже різняться між собою і, отже, їх можна підбирати індивідуально, залежно від поточних цілей і завдань. [1, с. 76, 6, 8, 9].

Система Хатха-йоги впливаючи на м'язи і органи, нервову систему, активуючи природні механізми, гармонізує, оздоровлює і зміцнює організм і підвищує життєдіяльність людини. Здійснення методики в рамках фізично можливостей організму, із залученням природних захисних та пристосувальних механізмів, безпека застосування, доступність для всіх незалежно від статі, віку, професії і національності, з огляду на особливості і потреби кожного, дозволяє використовувати її в лікувально-оздоровчих цілях та у відповідності з концепціями сучасної медицини та зайняти своє місце в відновлювальній медицині.

Література:

1. Зубков АН., Очаповский А.П. Хатха – йога для начинающих. – М.: Медицина, 1991. -192 с. : ил. – ISBN 5-225-00767-8.
2. Йог Рамачарака. Хатха –йога .Учение йогов о физическом здоровье с многочисленными упражнениями.: Москва, 1991 г.
3. Мусієнко О. В., Санагурська Д.І. Вплив статичних вправ йоги на регуляторні процеси в організмі людини. / Мусієнко О. В., Санагурська Д. І.// Теорія і методик фізичного виховання і спорту. – К., 2002. – № 2-3. – С. 90-91.
4. Сафронов А.Г. Йога: физиология, психосоматика и биоэнергетика / А.Г. Сафронов; монография. - Х.С,А,М., 2005. - 250 с.

5. Сарасвати С. М. Хатха Йога Прадипика / С. М. Сарасвати ; [пер. М. Свечников]. – Munger, Bihar, India : Yoga Publications Trust. – Нижний Новгород : Деком, 2013. – 644 с.
6. ignorik.ru. [електроний ресурс] / Дитрих Эберт. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЙОГИ автор: Перевод с немецкого Минвалеева Р.С. Оригинал: Dietrich Ebert. Physiologische Aspekte des Yoga.- 1.Aufl.- Leipzig: Georg Thime, 1986.- 41 Abb.,30 Tab. - [режим доступа] <http://ignorik.ru/docs/ditrih-ebert-fiziologicheskie-aspekti-jogi-avtor-perevod-s.html>
7. Tapasyoga Официальный сайт Ринада Минвалеева. Научные работы. [Электроний ресурс] Минвалеев Р. С. Физиологические аспекты избранных асан хатха-йоги.— СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2014. — 103 с. ISBN 978-5-288. - [режим доступа] <http://www.tapasyoga.ru/docs/101/minvaleevi060514.pdf>
8. Свами Вишну – Девананда. Полная иллюстрированная книга йоги.1990.- [режим доступа] <https://obuchalka.org/2012042064663/polnaya-illustrirovannaya-kniga-iogi-vishnu-devananda-svami-1990.html>
9. Шиванада Свами. Йога – терапия. Новый взгляд на традиционную йога – терапию. - [режим доступа] <https://www.litmir.me/br/?b=101515/>

Науковий керівник – викладач Бірюкова Т.В.

**Чуласова О.П.
Гурова А.І.**

ВАЖЛИВІСТЬ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Херсонський державний університет

Організм людини влаштований таким чином, що всі органи можна поділити на життєво важливі і допоміжні. Печінка однозначно відноситься до першої групи. В нашому організмі значення печінки величезне, його не можна переоцінити для підтримання гомеостазу і життєздатності всього організму. Це потужний паренхіматозний орган, що сполучає в собі функції своерідної біохімічної лабораторії та травної залози. Всі центральні біохімічні реакції і процеси відповідальні за підтримання життя в організмі відбуваються в печінці. Відомо, що чим складніше структура органу і більше навантаження на нього, тим більш вразливим є цей орган. І незважаючи на здатність печінки до регенераторної-відновлюваності, кількість її захворювань, які переходять в печінкову недостатність продовжує неухильно зростати. На жаль, сьогодні у більшості людей відбуваються негативні зміни в цьому органі [4].

Позитивної динаміки при лікуванні захворювань печінки можливо досягти тільки дотримуючись спеціальної дієтотерапії. Лікувальна дієта повинна сприяти відновленню функціонального стану печінки і нормалізації обміну речовин у всьому організмі [2].

Тому дуже актуальним є дослідження впливу дієтотерапії на відновлення пацієнтів із захворюванням печінки. Дотримання дієтичного режиму харчування при захворюваннях печінки є обов'язковим атрибутом лікувального процесу. Від цього залежить результат лікування. Пам'ятати про це повинен кожен хворий з печінковою патологією. Дуже важливо дотримуватися чітких рекомендацій щодо способу життя і харчування, щоб підтримувати печінку в стані відносного функціонального спокою.

Дієтотерапія націлена на щадіння печінки і на покращення роботи всіх функцій цього органу, а саме, на стимуляцію жовчовиділення, забезпечення глікогеном і недопущення жирової інфільтрації печінки, нормалізацію обмінних порушень і коригування відновних процесів.

Енергетична цінність дієтичного харчуванні має відповідати енерговитратам організму. Такий раціон підвищує захисні функції печінки і стимулює регенераційні процеси. Дієта з маленькою енергетичною цінністю сприяє жировій інфільтрації печінки, котре веде до зменшення функціональної здатності клітин печінки і їх загибелі, що призведе до розвитку сполучної тканини. Негативний вплив проявляє і надмірне харчування, тому що дуже ускладнюється робота печінки [5].

Дуже важливо щоб кількість білка відповідала фізіологічним потребам організму, а саме 100-120 г на добу. До важких структурних пошкоджень печінки, таких як жирова інфільтрація, некроз, цироз веде білково-дефіцитний раціон, це доказано в експериментах на тваринах. Знижується вміст білка в печінці і резистентність її до деяких впливів. Але при додаванні в раціон достатньої кількості білка, це вже сприяє регенерації гепатоцитів, що забезпечує повну їх функціональність. Білок потрібен для синтезу багатьох ферментів, гормонів, це сприяє відновним процесам і коригуванню обмінних порушень в печінці, та забезпечується компенсація його втрат при асциті і кровотечах. Потрібно забезпечувати введення повноцінних білків, які містять в оптимальних співвідношеннях незамінні амінокислоти. Тому 1/2 - 3/4 білка добового раціону потрібно споживати за рахунок продуктів тваринного походження: молока, сиру, кислого молока, яєчного білка, риби та м'яса. Ці продукти багаті ліпотропними речовинами (метіоніном, холіном і т. і.), які попереджають жирову інфільтрацію печінки. Продукти рослинного походження, що містять відповідні білки і ліпотропні чинники, які треба включати до раціону - це пшоно, соєве борошно, вівсяна та гречана, полтавська крупи [3].

Але при розвитку печінкової недостатності потрібно зменшувати кількість білка в раціоні, тому що це пов'язано з наявністю аміачної інтоксикації. Амінокислоти, що входять до складу білка, у нормі перетворюються в аміак, котрий шляхом синтезу сечовини знешкоджується в печінці. Але детоксикація аміаку порушується, коли в печінки є великі пошкодження [1].

На протязі останніх 10-15 років набуті дані про недоцільність різкого зменшення кількості жиру в дієті, котре використовували на практиці раніше. Зменшення жирів в раціоні було пов'язано з думкою про закономірні ожиріння печінкових клітин при захворюваннях печінки. Також, мали думку, що зниження вироблення жовчних кислот і недостатня кількість надходження жовчі в кишки дуже заважають засвоєнню жиру, тому що жовчні кислоти сприяють емульгуванню жирів і тим самим підготовляють їх для розщеплення ліпазою. Але, виявилося, що ожиріння печінки при її нозологіях зустрічається не дуже часто. З'ясувалося, що навіть коли повністю відсутня жовч, то достатня кількість жиру, може бути засвоєна. Також, клінічні спостереження говорять про те, що високий вміст жиру в раціоні при дієтотерапії не погіршує перебіг захворювання печінки, а, навпаки, впливає позитивно. Все це має служити підставою для того, щоб в раціоні була фізіологічна норма жиру. Тому, що жири сприяють засвоєнню жиророзчинних вітамінів [5].

Але, вкрай, необхідно дуже обмежити кількість тугоплавких жирів тваринного походження (баранячий, свинячий, яловичий, гусячий, качиний і ін.), що важко засвоюються та які багаті насиченими жирними кислотами і холестеринном. Жири тваринного походження посилюють жирову інфільтрацію печінки і також можуть викликати напади печінкової коліки. При порушенні обміну холестерину в організмі виникає необхідність обмеження не тільки тугоплавких жирів, а і інших продуктів, в яких багато холестерину, таких як: мізки, жовтки, печінка, нирки, серце і т. і. Тому, слід включити до раціону жири рослинного походження, які не містять холестерину і багаті поліненасиченими жирними кислотами, що мають ліпотропну дію. Добрим стимулятором жовчовиділення є рослинні олії. З жирів тваринного походження допускається вершкове масло, яке засвоюється краще, ніж інші тваринні жири [3].

Обмеження жиру в дієті корисне лише в деяких випадках, а саме при жировому гепатозі, при розпалі жовтяничного періоду вірусного гепатиту, при супутній секреторній недостатності шлунка, при резекції тонких кишок, тощо [4].

В раціоні має міститися достатня кількість вуглеводів, а саме 400-500 г на добу. Ці вуглеводи сприяють не тільки підтримці достатньої кількості глікогену в печінці, а ще й забезпечують енергетичні витрати. За допомогою прижиттєвої пункційної біопсії виявлені лише незначні відхилення у вмісті глікогену в гепатоцитах та й то, при дуже важких формах захворювання печінки. Достатня кількість глікогену в печінці заважає жировій інфільтрації клітин печінки і забезпечує підвищенню функціональних можливостей печінки. Відомо, що глікоген краще утворюється з фруктози. Тому необхідно введення підвищених кількостей легкозасвоюваних вуглеводів, таких як цукор, мед, варення, компоти,

кисілі, фруктові, овочеві і ягідні соки. Також треба додавати в раціон і рослинну клітковину, завдяки якій стимулюється жовчовиділення, що сприяє спорожненню кишок. Обмеження вуглеводів в дієті потрібно лише при супутніх алергічних захворюваннях і проявах (кропив`янка, свербіж, набряк Квінке та ін.), при значному превалюванні запального процесу, гострому перебігу і загостренні хронічного захворювання, а також при ожирінні [2].

Біологічна роль вітамінів і, нерідко, розвиток гіповітамінозу вказують на необхідність збагачення дієти вітамінами. У печінці відбувається активний обмін багатьох вітамінів, їх депонування та утворення численних ферментів. В патологічних умовах, при зниженні енергетичного потенціалу клітин печінки, утилізація вітамінів в цьому органі в значній мірі знижується. Дієта повинна містити також достатню кількість інших мінеральних речовин таких як кальцій, фосфор, магній, тощо. Кількість рідини не рекомендують обмежувати, за винятком випадків з наявністю набряково-асцитичного синдрому. Ці принципи дієтотерапії знаходять своє відображення в лікувальній дієті № 5 за Певзнером. Насамперед, дієтотерапія повинна бути диференційована з урахуванням характеру і фази захворювання, супутніх захворювань, наявності ускладнень, що вимагає відповідної корекції дієти № 5[1].

Таким чином, ми бачимо, що при захворюваннях печінки та її відновленні, складно переоцінити вплив дієтотерапії, вона відіграє головну роль серед усіх методів фізичної терапії. Її застосування дуже важливе, як при профілактиці, так і при будь-якій патології печінки.

Література:

1. Вплив харчування на здоров'я людини : підручник / Пішак В.П., Радько М.М., Бабюк А.В., та ін.; За ред. Радька М.М. — Чернівці : Книги-XXI, 2006. — 500 с.
2. Окостив О.М. Лечение болезней внутренних органов / О.М. Окостив. Минск. «Вища школа», 2014 – 560 с.
3. Павлоцька Л.Ф. Нутриціологія / Л. Ф. Павлоцька, Н.В. Дуденко. УПА. : Харків, 2012.- 373с.
4. Скачко Б. Г. Гепатит. Профілактика. Лікування. Реабілітація / Б. Г. Скачко (Серія Шлях до здоров'я). - К.: ВСВ «Медицина», 2006. — 224с.
5. Толстых А. Диетическое питание при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / А. Толстых - СПб.: Питер, 2002. - 160 с.

Науковий керівник – доцент Гурова А.І.

Наукове видання

**«ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ
АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»**

**Матеріали I регіональної студентської
науково-практичної конференції
(13 – 14 травня 2020 р., м. Херсон)**

ISBN 978-617-7783-80-9

Підписано до видання 25.05.2020 р. Формат 60×84/16.

Папір офсетний. Друк різнографія.

Гарнітура Times. Наклад 100 прим.

Ум. друк. арк. 4,73. Обл.-вид. арк. 5,09.

Замовлення № 1473.

Книжкове видавництво ФОП Вишемирський В.С.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру суб'єктів видавничої справи:
серія ХС № 48 від 14.04.2005

видано Управлінням у справах преси та інформації
73000, Україна, м. Херсон, вул. Соборна, 2.

Тел. (050) 133-10-13, (050) 514-67-88

e-mail: printvvs@gmail.com