

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ  
ГО «УКРАЇНСЬКЕ ТОВАРИСТВО ФІЗИЧНОЇ ТА  
РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ»  
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ  
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ**

## **МАТЕРІАЛИ**

**Всеукраїнської науково-практичної конференції  
з міжнародною участю**

**«ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ  
ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА РІЗНИХ  
РІВНЯХ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»**

23–24 вересня 2021 р.

Тернопіль  
ТНМУ  
2021

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Перспективи розвитку медичної та фізичної реабілітації на різних рівнях надання медичної допомоги»– Тернопіль: ТНМУ, 2021. – 92 с.**

*Відповідальність за представлені результати досліджень  
несуть автори тез.*

# ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА В ГРУДНОМУ ВІДДІЛІ

Алипова О.Є. , Марамуха Є.І.

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»*

**Вступ.** Питання реабілітації пацієнтів з клінічними проявами дегенеративно-дистрофічної патології хребта (ДДПХ), в тому числі і на грудному рівні залишається надзвичайно актуальною проблемою сучасної медицини. Так, до 90 % населення в загальній популяції хоча б один раз відчували біль в хребті. За даними епідеміологічних досліджень зберігається чітка тенденція до збільшення кількості пацієнтів з даною нозологією.

**Мета роботи:** оптимізувати реабілітаційні заходи у хворих з ДДПХ в грудному відділі в різні періоди реабілітаційного процесу.

**Методи.** Реабілітаційні заходи проведені в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах у 124 осіб з клінічними проявами ДДП на грудному рівні хребетного стовпа. Вік пацієнтів становив від 18 до 54 років. Жінок було 51 (41,2 %), чоловіків – 73 (58,8 %). Тривалість захворювання склала від 2 до 23 років. Верифікація діагнозу здійснювалася за допомогою рентгеноспонділографії і МРТ-діагностики стану хребетного стовпа. Ефективність лікування аналізували на підставі оцінки больового синдрому (за шкалами ВАШ та NRS), якості життя (за шкалою SF-36) та дослідження вертебродинаміки (ступінь блокування хребцевих рухових сегментів-ХРС) на тлі проведення реабілітаційних заходів за загальноприйнятими (А. Stoddard, К. Lewit) та запропонованими нами методиками.

Для лікування використовувалися стандартні кінезіотерапевтичні техніки, різні види масажу, постізометрична і постреципрокна релаксація м'язів, техніки мобілізації за К. Lewit., R. Maigne, В. Губенком, Г. Іваничевим, а також запропоновані і розроблені нами оригінальні методики кінезіотерапії.

**Результати.** На тлі проведенного курсового лікування у 94 % пацієнтів з клінічними проявами ДДПХ на грудному рівні досягнуто вірогідних позитивних результатів: регресував больовий синдром, збільшився обсяг рухів в блокованих ХРС, покращилися показники якості життя.

**Висновки.** Таким чином, застосування запропонованих нами оптимізованих кінезіотерапевтичних комплексів в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах у хворих з ДДПХ на грудному рівні демонструє позитивний клінічний ефект і є доцільним для впровадження в медичну практику.

## **МЕНЕДЖМЕНТ ОСІБ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВІД ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ОСОБЛИВОГО ПЕРІОДУ**

**Андріюк Лук'ян**

*Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна*

Закрита черепно-мозкова травма є однією із основних причин інвалідизації пацієнтів, які постраждали в умовах особливого періоду, тому створюють важливу медичну та соціально-економічну проблему

Відсутність своєчасного відновного лікування веде до розвитку стійких функціональних та анатомічних змін, порушення психоемоційного стану людини

Зважаючи на збільшення випадків закритої черепно-мозкової травми та зростання кількості пацієнтів з її наслідками, виникає потреба удосконалення та оптимізації відновного лікування

Нами проведено дослідження ефективності комплексної поетапної методики реабілітації пацієнтів працездатного віку з наслідками перенесеної закритої черепно-мозкової травми із використанням немедикаментозних методів (голкорефлексотерапія, апітерапія, гірудотерапія та мануальна терапія)

**Мета дослідження:** Удосконалити діагностичний та лікувальний процес реабілітації пацієнтів, що перенесли закриту черепно-мозкову травму шляхом розробки програм реабілітації, які базуються на результатах попередніх комплексних обстежень.

Задачі дослідження:

1. Розробити базову програму реабілітації для пацієнтів працездатного віку з наслідками перенесеної закритої черепно-мозкової травми.
2. Визначити критерії розподілу хворих на клініко-реабілітаційні групи.

3. Розробити комплекси показників для оцінки ефективності реабілітації.

4. Порівняти ефективність розробленої програми в процесі реабілітації з класичними схемами.

**Методи дослідження:** Індекс Бартел (bartel adl index); Модифікована шкала Ренкіна (modified rankin scale (mrs); Модифікована шкала спастичності Ашфорта (modified ashforth scale of muscle spasticity, mas); Шкала mmse (mini-mental state examination); Шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберг (montgomery—asberg depression rating scale ,madr); Шкала депресії Бека (beck depression inventory); Визначення кількості днк і рнк сироватки крові (спектрофотометричний метод за Р.Г. Цаневим і Г.Т. Марковим); Визначення активності кислих і лужних нуклеаз сироватки крові (модифікований спектрофотометричний мікрометод за В.М. Коновалець і А.П. Левицьким); Для статистичної обробки результатів дослідження використовувалась операційна система windows 7 та програма microsoft excel. Враховуючи особливості клініки з метою контролю та корекції реабілітації нами запропоновано поділити відновний процес на п`ять етапів: Діагностичний. Адаптаційний. Контрольно-корекційний. Стабілізаційний. Підсумковий.

Пацієнтам контрольної групи (n=50) призначалась медикаментозна терапія, фізіотерапевтичні засоби та фізичні методи реабілітації. Пацієнтам даної групи не проводилось відновне лікування з додаванням не медикаментозних методик лікування.

Функціонування організму за шкалою Ренкіна достовірно покращилось в пацієнтів основної на 29 % ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів контрольної групи на 23 % ( $p < 0,05$ ).

Спостерігали достовірне покращення функціонування організму за шкалою Бартеля у пацієнтів обох груп, проте, у пацієнтів основної групи покращення становило 20 % ( $p < 0,05$ ), та 11 % в групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

Зменшення спастичності м'язів за шкалою Ашворт у пацієнтів основної групи було достовірним і становило 12 % ( $p < 0,05$ ), на відміну від результатів пацієнтів контрольної групи – 6 % ( $p > 0,05$ ).

Спостерігали достовірне покращення когнітивних функцій за шкалою ММСЕ на 19 % ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів основної групи, та на 12 % в групі контролю ( $p < 0,05$ ).

Спостерігали зменшення депресивних розладів за шкалою Madrs на 44 % ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів основної групи, та на 40 % в групі контролю ( $p < 0,05$ )

Спостерігали покращення психоемоційного стану пацієнтів основної групи на 40 % ( $p < 0,05$ ) та на 37 % ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів групи порівняння.

У пацієнтів контрольної групи після проведеної реабілітації спостерігали менш виражене зменшення кількості рнк сироватки крові, в порівнянні із основною групою на 19 % ( $p < 0,05$ ), кількість днк зменшилась на 59 % ( $p < 0,05$ )

Протягом періоду реабілітації відмічали зміну активності нуклеаз. У пацієнтів основної групи спостерігали достовірне збільшення днк-аз та зменшення активності рнк-аз, яке пояснюється зменшенням процесів деструкції нуклеїнових кислот та включенням продуктів розпаду рнк в репаративні процеси в тканинах головного мозку.

У пацієнтів контрольної групи спостерігали значно вищу активність днк-аз та достовірне зменшення рнк-аз.

При порівнянні результатів дослідження в основної та контрольної групи, показників бальних оціночних шкал та біохімічних показників між собою, виявили наступні результати:

– Виявлено кореляційний зв'язок між характером змін кількісного складу показників нуклеїнового гомеостазу та показниками функціонування організму за шкалою ренкіна у пацієнтів основної групи. При зменшенні кількості днк, покращуються показники функціонування організму за даною шкалою

– Виявлено достовірний кореляційний зв'язок між показниками когнітивних функцій (за шкалою mmse) та функціонуванням організму (шкали ренкіна та бартеля) пацієнтів основної групи.

– Відмічається достовірний кореляційний зв'язок між даними шкали mmse та шкалою спастичності ашворта, шкалою бартеля пацієнтів основної групи, що свідчить про залежність функціонального відновлення організму та тону м'язів від рівня когнітивних розладів.

– Відмічено достовірний кореляційний зв'язок між динамікою показників неврологічного статусу та психо-емоційним станом пацієнтів за шкалою Madrs у пацієнтів основної групи.

### **Висновки:**

1. Для удосконалення організації, покращення ефективності та контролю відновного лікування хворих, які перенесли закриту че-

репно-мозкову травму в умовах особливого періоду реабілітаційний процес рекомендовано розділити на етапи: діагностичний, адаптаційний, контрольньо-корекційний, стабілізаційний, підсумковий.

2. Для підвищення якості та ефективності відновного лікування пацієнтів з наслідками перенесеної закритої черепно-мозкової травми у відновному періоді, ефективним є контроль стану організму з використанням бальних оціночних шкал та визначення стану нуклеїнового гомеостазу сироватки крові.

3. Поєднане, поетапне використання фізичних методів реабілітації, фізіотерапевтичних та немедикаментозних засобів (голкорефлексотерапії, апітерапії, гірудотерапії, мануальної терапії) достовірно покращує результати відновного лікування пацієнтів з наслідками перенесеної закритої черепно-мозкової травми у відновному періоді.

4. Доповнення реабілітаційної програми голко-рефлексотерапією, апітерапією та м'якими техніками мануальної терапії достовірно покращує рухову та чутливу функції пацієнтів.

5. Призначення комплексу медикаментозних, фізіотерапевтичних та натуропатичних методів в комбінації з класичними методиками фізичної та психологічної реабілітації достовірно покращує функціонування організму, зменшує інвалідизацію пацієнтів за шкалою Ренкіна на 29 % ( $p < 0,05$ ), достовірно зменшує залежність пацієнтів від оточуючих за індексом Бартеля на 20 % ( $p < 0,05$ ), достовірно покращує психо-емоційний стан пацієнтів та зменшує прояви депресії (на 44 % ( $p < 0,05$ ) за шкалою Madrs та на 40 % ( $p < 0,05$ ) за шкалою Бека).

## **СТАН РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО КОМПЛАЄНСУ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ**

**Аравіцька М.Г.**

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

Комплаєнс як умова ефективної реабілітації, особливо при тривалих захворюваннях, зокрема, при ожирінні, є малодослідженою проблемою сучасної фізичної терапії, що призводить до зниження ефективності застосовуваних методів корекції маси тіла.

**Мета.** Визначити рівень комплаєнсу у чоловіків та жінок з ожирінням I–III ступеня для визначення шляхів збільшення ефективності програми фізичної терапії та постановки цілей реабілітації.

**Методи дослідження.** Для визначення величини реабілітаційного комплаєнсу (РК) та можливих шляхів його покращення за розробленою анкетною проведено розпитування 288 осіб другого зрілого віку з аліментарно-екзогенним ожирінням I–III ступеня. Після цього проводили індивідуальні мотиваційно-ознайомчі лекції щодо підвищення рівня РК та заохочення до проходження програми фізичної терапії, проводили повторне тестування.

**Результати роботи.** При вихідному розпитуванні виявлено недостатній рівень РК у більшості хворих, що у майбутньому може знизити ефективність реабілітаційних втручань. Аналіз динаміки параметрів після проведеної лекції показав, що статистично значущого збільшення рівня РК вдалося досягнути в усіх групах. При аналізі відсоткового розподілу ступеня РК за статтю та ступенем ожиріння в динаміці виявлено, що жінки всіх груп показали більшу комплаєнтність за рахунок більшої кількості осіб з високим та середнім її рівнем, виявляли більшу інформованість про наслідки та ускладнення ожиріння, частіше вважали його проблемою, яку потрібно вирішити. Ступінь комплаєнтності зменшувався із збільшенням ступеня ожиріння в обох гендерних групах.

**Висновки.** Визначення рівня РК, його покращення та підтримання на високому рівні з врахуванням гендерних особливостей є однією з умов успішного проведення тривалих програм з фізичної терапії для хворих ожирінням та становлення коротко- та довготермінових цілей реабілітації.

## **ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ КОГЦИГОДИНІЇ**

**Баблюк Л.А.<sup>1</sup>, Тамазликяр С.І.<sup>2</sup>, Кобзей М.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет*

*<sup>2</sup>Комунальне некомерційне підприємство центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради*

Когцигодинія (соссух –куприк) або куприкова біль – це синдром, що характеризується періодичними або постійними больовими від-



чуттями в ділянці куприка. Куприковий біль зустрічається порівняно рідко і спостерігається головним чином у жінок, після 40 років. Активні пошуки «золотого» стандарту лікування кокцигодії, на даний час, не відображають переконливих даних про перевагу того чи іншого методу лікування. Оперативне втручання по видаленню куприка, рідко позбавляє пацієнта болю. Основним методом лікування кокцигодії залишається консервативний, що включає комплекс фізіотерапевтичних процедур та медикаментозну терапію, які спрямовані на ліквідацію болю.

**Метою** дослідження було, проаналізувати ефективні методи фізіотерапевтичного впливу на усунення куприкового болю. В дослідженні взяли участь 16 пацієнтів, які подавали скарги на болі в ділянці куприка. Серед обстежених значну частину склали жінки – 12 (75,0 %), а решту – 4 (25,0 %) чоловіки. Середній вік складав  $42 \pm 3,5$  років. Для усунення куприкового болю використовували наступні фізіотерапевтичні процедури. Радіальна ударно-хвильова терапія паравертебральних точок SI-SII (1500–2000 імпульсів точково 60–90 мДж, 16 Гц), пакетом 8 імпульсів 2 рази на тиждень; фонофорез із гідрокортизоновою маззю (0,8 Вт/см<sup>2</sup>, імпульсний режим 4 мс 8–12 хв) кратністю 10 процедур, щоденно; ампліпульс паравертебральних точок SI–SIV зі зміною полярності та використанням I робочого режиму для знеболюючого ефекту – новокаїн ампліпульс форез 50 % 100 Гц, III робочого режиму для трофічного впливу 0–75 % 80 Гц, IV робочого режиму з протизапальним ефектом 25 % 100–150 Гц; міофасціальний реліз крижово-поперекової ділянки.

З анамнезу було відомо, що у 7 (43,7 %) пацієнтів, причиною болю, були перенесені травми ділянки куприка різної давності, 3 (18,8 %) жінок пов'язували появу болю в ділянці куприка з пологами, а 6 (37,5 %) пацієнтів – з наявністю остеохондрозу поперекового відділу хребта. Основним проявом істинної кокцигодії у 100 % пацієнтів, був біль в куприковій ділянці. Біль посилювався при ходьбі у 18,8 % пацієнтів, при тривалому сидінні – у 93,6 % випадків, в момент коли пацієнти вставали – у 68,8 % випадків, під час акту дефекації – 31,3 %. Іррадіація болю в стегно, спостерігалася у 25,0 % пацієнтів, в нижню частину живота – 25,0 % випадків, у промежину – 12,5 %, у сідничну ділянку – 37,5 % пацієнтів. Больові відчуття супроводжувалися дратівливістю – у 87,5 % пацієнтів, стомлюваністю – 75,0 %, порушенням сну – 43,8 %, хронічними закрепамі – у

31,3 % випадків. Пальпаторне дослідження ділянки куприка вказало на наявність больових відчуттів у всіх пацієнтів.

Використання вищезазначеного комплексу фізіотерапевтичного впливу, дало можливість 14 (87,5 %) пацієнтам позбутися болю в ділянці куприка, проте 2 (12,5 %) пацієнтів все ще відчували незначний дискомфорт в куприковій ділянці при тривалому сидінні.

Таким чином, фізіотерапевтична корекція когцигодинії, дає виражений терапевтичний ефект, покращує якість життя пацієнтів та дозволяє зберегти важливу анатомічну ділянку не використовуючи радикальні методи лікування.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ДЗЕРКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ ПРИ ІНСУЛЬТІ**

**Бакалюк Т.Г., Вавринчук Н.Т.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Дзеркальна терапія (ДТ) це немедикаментозна і альтернативна стратегія лікування, яка була запропонована в якості засобу лікування фантомного болю в кінцівках. Це метод нейрореабілітації, призначений для відновлення кіркових механізмів. За допомогою цієї техніки пацієнти виконують рух, використовуючи неуразену кінцівку, спостерігаючи, як її дзеркальне відображення накладається на (невидиму) уражену кінцівку. Це створює візуальну ілюзію і забезпечує позитивний зворотний зв'язок моторної кори про те, що стався рух ураженої кінцівки. Вважається, що цей підхід пропонує потенційне полегшення за рахунок візуального домінування над моторними і сенсорними процесами.

Принцип ДТ полягає у здатності мозку віддавати перевагу візуальному зворотньому зв'язку в порівнянні з соматосенсорним / пропріоцептивним зворотним зв'язком щодо положення кінцівок. Вважається, що в таких умовах, як фантомний біль у кінцівках або інсульт, коли нейропатичні процеси викликають проблеми з болем, які пов'язані або не пов'язані з рухом, цей підхід пропонує потенційне полегшення.

Було показано, що ДТ збільшує рухову збудливість кори і спинного мозку, можливо, за рахунок впливу на систему дзеркальних не-

йронів. Дзеркальні нейрони складають близько 20% всіх нейронів, присутніх в головному мозку людини. Ці дзеркальні нейрони відповідають за реконструкцію латеральності, тобто здатності розрізняти ліву і праву сторони. При використанні дзеркального боксу ці дзеркальні нейрони активуються і допомагають у відновленні уражених частин.

У недавньому Кокранівського огляді узагальнена ефективність дзеркальної терапії для поліпшення рухової функції, повсякденної активності, болю і зорово-просторового неглекту у пацієнтів після інсульту. Було проведено порівняння 14 досліджень з 567 учасниками, в яких дзеркальна терапія порівнювалася з іншими втручаннями. В кінці лікування застосування ДТ сприяло покращенню рухливості ураженої кінцівки і здатності виконувати повсякденні дії, також достовірно зменшувався больовий синдром, але тільки у пацієнтів зі складним регіональним больовим синдромом. Після проведеної ДТ позитивний вплив на рух зберігався протягом шести місяців.

## **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ**

**Бакалюк Т.Г., Вощенко Р.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Нині інсульт залишається найважливішою медико-соціальною проблемою, що зумовлено його великою часткою у структурі захворюваності та смертності населення, високими показниками трудових витрат і первинної інвалідності, що в кінцевому підсумку призводить до значного зниження якості життя пацієнтів.

Рівень захворюваності на інсульт в Україні є одним із найвищих в Європі й становить орієнтовно 140 тис. випадків на рік.

На сьогодні існує багато методик та програм реабілітації після гострого порушення мозкового кровообігу у ранньому відновному періоді, натомість в пізньому періоді залишались рутинні стандартні програми, що базуються на традиційних засобах і методах, серед яких масаж, комплекси лікувальної фізичної культури (ЛФК) та фізіотерапія.

Процес фізичної реабілітації та його прогресивні характеристики базуються на особливостях відновлення центральної нервової системи після інсульту, а саме з урахуванням особливостей відновлення ходьби, функціонування верхніх кінцівок, відновлення постурально-го контролю, здатності до діяльності та участі.

Метою фізичної реабілітації постінсультних хворих є інтенсифікація спонтанного відновлення, а при неможливості істинного відновлення або реорганізації порушених функцій реабілітаційні заходи спрямовуються на реадaptaцію пацієнта. Основними методами реабілітації пацієнтів, які перенесли інсульт, є медикаментозне підтримання реабілітаційного процесу, догляд, постуральна корекція, прикладна кінезіотерапія, механотерапія, зокрема роботизована, тобто відновлення функції ходьби; відновлення стереотипу дихання, особливо нижнього; формування стійкого вертикального положення хворого; максимально можлива правильна вертикальна постава хворого, формування інтегрованої взаємодії між м'язами сідниць, черевного преса та верхнього плечового поясу; правильне замикання суглобів для забезпечення стійкого положення й додаткової стимуляції м'язів до скорочення; вибір адекватних ортезів для ходіння; апаратна фізіотерапія (електростимуляція, теплові процедури тощо); масаж; голкорексфлексотерапія за показаннями, функціональний нейротренінг (космічні технології, віртуальна реальність, біологічний зворотний зв'язок); функціональний кардіотренінг; нейропсихологічний тренінг; логопедична корекція; психотерапія.

## **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ**

**Бакалюк Т.Г., Пасічник Д.В.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це порушення руху і постави, яке проявляється в дитинстві або ранньому дитинстві в результаті пошкодження головного мозку. Діагноз ДЦП зазвичай встановлюється в кінці першого – третього року життя дитини за умови

сформованого дефекту в руховій системі. Частіше такий діагноз реєструється у дітей, які народились недоношеними.

Пошкодження мозку є постійним і не може бути вилікувано, але чим раніше розпочати втручання, тим більше поліпшень можна досягнути.

Сучасна модель раннього втручання, спрямована на розвиток дитини, демонструє перехід від традиційних форм втручання, які в основному фокусуються на допомозі дитині, до розширеного підходу за участю дітей, їх сім'ї і навколишнього середовища, підкреслюють експерти дослідження. Такий підхід відповідає еволюції більш широкого кола понять у сфері інвалідності, а саме перехід від медичної до соціальної моделі інвалідності.

Застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) для дітей та підлітків (МКФ-ДП) реалізує біопсихосоціальну модель надання допомоги.

Реабілітація має на меті дозволити дітям, які мають захворювання або можуть мати інвалідність, досягти і підтримувати оптимальне функціонування. Оцінка функціонування орієнтована на пацієнта та на визначення мети реабілітації і є відправною точкою реабілітаційного процесу. В рамках МКФ фізичні терапевти можуть спочатку розраховувати на загально визнану модель, що має універсальну мову для опису та класифікації функціонування.

На основі обстеження дитини складається список проблем, сформульованих у категоріях МКФ (функція, активність, участь), проводиться кількісне оцінювання прояву порушення або обмеження та визначається роль фактора зовнішнього середовища, після встановлення реабілітаційного діагнозу складається програма реабілітації, ефективність якої контролюється також за допомогою МКФ.

Також МКФ покликана допомогти визначити мету та завдання фізичної терапії, оцінити ефективність реабілітації, тому застосування даної класифікації допоможе не тільки описати порушення та обмеження, які виникають у дитини внаслідок будь-якого захворювання, травми чи патологічного стану, але і скласти програму реабілітації з оцінюванням її ефективності під час застосування реабілітаційних заходів.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ТУНЕЛЬНОМУ СИНДРОМІ

**Бакалюк Т.Г., Столярчук В.М.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Тунельні (компресійно-ішемічні) невропатії – це симптомокомплекс клінічних проявів (чутливих, рухових, а також трофічних), обумовлених компресійно-ішемічним ушкодженням нервових стовбурів і судин, розташованих у анатомічних тунелях.

Тунельні невропатії становлять 25–50 % (за різними даними) від усіх захворювань периферичної нервової системи, з них більше 80 % – тунельні невропатії верхніх кінцівок, що є великою медичною, економічною та соціальною проблемою для людства.

Важливою умовою лікування тунельних синдромів є комплексний підхід, який повинен мати такі складові: а) комплексне реабілітаційне обстеження для визначення основних реабілітаційних проблем; б) постановка завдань із прогнозуванням отриманого кінцевого результату; в) добір відповідних індивідуальних та оптимальних для кожного пацієнта засобів фізичної терапії.

Одним із методів, який патогенетично можна застосовувати при тунельному синдромі є метод ударно-хвильової терапії (УХТ). Це метод впливу регульованими звуковими ударними хвилями, які фокусуються в заданій ділянці тіла, здійснюючи точно направлений терапевтичний вплив, без ушкодження інших тканин організму. Метод займає проміжне положення між консервативним лікуванням (може замінити його) та оперативним втручанням.

Ударна хвиля в зоні впливу стискає тканини, завдяки створюваному тиску. Висока щільність цієї енергії і величезна швидкість її проникнення безпосередньо впливає на клітини, після чого відбувається таке ж різке їх розтягування внаслідок падіння тиску. У природі це є причиною виникнення кавітації – формування маленьких бульбашок, які заповнені повітрям або парами певної рідини. Коли в тканинах нормалізується тиск, ці бульбашки закриваються, як би «вибухають», що супроводжується виділенням теплової енергії. В результаті в місці впливу ударної хвилі клітини як би струшуються, відбувається їхня стимуляція і виділення тепла.

У 8 пацієнтів із синдромом зап'ясткового каналу, в яких не відмічався ефект від попереднього лікування, були застосовані фокусовані ударні хвилі. При ударно-хвильовій терапії фокусованими хвилями пацієнт знаходився в сидячому або лежачому положенні. Пацієнт виконував невелике розгинання кисті з метою незначного розтягнення зв'язок і сухожилць, із фіксацією їх аплікатором, який утримували рівно в ділянках болючих місць. Під час сеансу була застосована енергія хвилі 0,03–0,1 мДж/мм<sup>2</sup>, 800–1000 імпульсів з частотою хвилі 4–6 Гц. Було проведено 3 сеанси з інтервалом між сеансами 8 днів. Відмічено зменшення відчуття оніміння і парестезії в кисті після пробудження в 6 пацієнтів, зменшення набряку пальців в 5 осіб та зменшення больового синдрому у всіх досліджуваних. Також відмічено покращення рухів в пальцях в 7 пацієнтів.

**Висновок:** Метод УХТ сприяє покращенню багатьох симптомів у пацієнтів із синдромом зап'ясткового каналу, однак додаткове застосування методів кінезіотерапії забезпечує комплексний підхід при реабілітації цієї патології.

## **РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ НА ПРИКЛАДІ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ**

**Бакурідзе-Маніна В.Б., Канюка Є.В., Волошко М.С.**

*Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна*

**Актуальність.** Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – група стабільних порушень розвитку моторики і підтримки пози, що ведуть до рухових дефектів, обумовлених непрогресуючим пошкодженням головного мозку у плода або новонародженої дитини. Рухові порушення надають несприятливий вплив на формування психічних, мовних і слухових функцій. В останні десятиліття проблема лікування ДЦП придбала більшої актуальності і соціальну значимість у зв'язку з поширеністю цього захворювання, що приводить до важкої інвалідизації. ДЦП розвивається, за різними даними, в 2–3,6 випадки на 1 тис. живих новонароджених і є основною причиною дитячої неврологічної інвалідності в світі. Важливим питанням стоїть створення для дітей з ДЦП чусіх необхідних умов з фізичної, медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Оптимальне надання допо-

моги пацієнту передбачає мультидисциплінарний підхід команди в яку входять фахівців медичного, педагогічного та соціального профілю.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось у медичному центрі Благодійній організації «Благодійна установа «Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання імені святого праведного Іоанна»» м. Підгороднє, з вересня 2020 р. по травень 2021 р. Було проаналізовано 97 медичних карт дітей. Середній вік складав 8,3 років. Хлопчаків було 57 %, дівчат 43 %. Пацієнти були розподілені за класифікацією великих моторних функцій Gross Motor Function Classification System (GMFCS) на п'ять рівнів. I рівень мали 23 % дітей; II – 15 %; III – 19 %; IV – 11 %; V – 32 %. Формування індивідуальної програми реабілітації дитини, включало: первинний огляд педіатра, фізичного терапевта, ерготерапевта, сенсорного терапевта, логопеда-дефектолога, психолога, фахівця з арт-терапії; постановку короткотривалих та довготривалих цілей; програму втручання кожного фахівця.

**Результати.** Програма втручання фізичної терапії для дітей з I та II рівнем за GMFCS складалась з виконання активних динамічних вправ: хода по біговій доріжці зі змінним кутом нахилу, переступання через перешкоди на рівні колінного суглобу, заступання на лавку, бокові випадки; гімнастичні вправи для зміцнення м'язового корсету тулуба; вправи для тренування координації рухів та рівноваги. Діти III рівня, навчалися використовувати допоміжні засоби пересування; виконували вправи для зміцнення м'язів спини та нижніх кінцівок; отримували пасивний розтяг для профілактики контрактур суглобів та зменшення м'язового тонусу. У пацієнтів, що мали IV рівень, основними цілями ФТ були перевороти та самостійне сидіння. До програми фізичної терапії у дітей V рівня застосовували активно-пасивні вправи для шиї, тулуба та кінцівок з метою контролю положення голови. Ерготерапевтичне втручання включало: масаж верхніх кінцівок; гімнастику пальців рук; формування навички відкривання ключом замка; застібання і розстібання ґніпок та «блискавки» на одязі; зав'язування вузла; малювання в залежності від цілей на курс реабілітації, що формувались сумісно ерготерапевтом та батьками дитини. У кабінеті сенсорної інтеграції проводилась стимуляція вес-



тибулярної, тактильної, зорової, пропріоцептивної, нюхової систем; розвиток зорово-моторної координації, великої і дрібної моторики, розвиток зорової перцепції, стабілізації відчуття рівноваги, перетин середньої лінії тіла. Діти, які мали затримку або порушення мовного розвитку відвідували логопеда-дефектолога.

**Висновки.** Після курсу відновного лікування у Центрі спостерігалась позитивна динаміка функціонального стану дітей за класифікацією GMFCS I рівня у середньому на 1,3 %; II рівня на – 2,4 %; III рівня – на 5,7 %; IV рівня – на 3,2 %; V рівня – на 1,8 %.

## **ВИКОРИСТАННЯ ПІДВІСНОЇ ТЕРАПІЇ В ОСІБ З ПОРУШЕНОЮ ПОСТАВОЮ**

**Бесага Р.А. , Бакалюк Т.Г.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

В зв'язку із прогресом та розвитком сучасних технологій порушення постави у осіб віком від 7 до 17 років зустрічається досить часто. Майже у кожній другій особі можна виявити певні прояви порушень. Результати досліджень показують, що більшість осіб цього віку свій вільний час проводять за використанням різних гаджетів, при цьому ведуть малоактивний спосіб життя це приводить до порушення роботи опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, дихальної системи тощо.

Проаналізувавши літературні джерела, можна зробити висновок, що найефективнішими засобами для попередження чи корекції порушень постави є застосування лікувальної фізичної культури, різних видів масажу, методів фізіотерапії (магнітотерапія, УВЧ, ультразвукова терапія, голкорексотерапія, мануальна терапія, парафінотерапія, гідротерапія) та використання підвісних систем: TRX, Redcord, Alfa Gravity, Balansed, Levitas.

Різні форми підвісної терапії сьогодні широко використовуються в реабілітації. Підвісна терапія – це один із методів фізичної реабілітації, що полягає у піднятті окремих частин тіла, що дозволяє не впливати силі тяжіння на виконання вправ, це наближає стан опорно-рухового апарату до невагомості. Завдяки нестабільній опорі активі-

зується координація руху, що дозволяє зменшити дисбаланс між правою та лівою половинами тіла. Більшість вправ спрямовані на включення в роботу поперечного м'язу живота, що допомагає сформувати м'язовий корсет та активувати м'язи стабілізатори. Окрім виконання вправ за допомогою різних підвісних систем можна проводити тестування м'язів, а саме «виключити» за допомогою підвісних петель поверхневі м'язи та оцінити роботу глибоких м'язів-стабілізаторів.

Заняття в осіб зі сколіотичною поставою може проводитись в індивідуальному форматі за допомогою систем Redcord, Balanced або в груповому форматі з петлями TRX, Redcord mini.

Додатковою симптоматикою порушеної постави є гіпертонус м'язів з одного боку хребта і гіпотонус з іншого. Спазм м'язів є одним із симптомів, що ускладнює процес реабілітації, завдяки підвісній терапії відбувається м'язова релаксація шляхом збільшення кровообігу, що не призводить до наростання спастики. Важливим елементом підвісних систем є пропріорецепція або кінестетичне відчуття, що допомагає правильно розподілити тонус м'язів, відчуття координації та балансу. Тренування на нестійкій платформі проходить у замкнутому кінетичному ланцюгу, що дозволяє тренуватись агоністам і синергістам окремо.

Вправи підбираються відповідно до фізичних можливостей осіб, на початку занять використовують вихідне положення – лежачи. Для ефективності необхідно проводити заняття 3 рази на тиждень. Заняття триває 1 годину, 7–10 хв розминка, основна частина, 3–5 хв заминка.

Варто не нехтувати розминкою перед основною частиною, для того щоб підготувати основні групи м'язів, та запобігти травматизму. У якості заминки можна використовувати різноманітні тракції хребта та великих суглобів, що саме і дозволяє підвісна терапія.

**Висновок:** Застосування підвісної терапії ефективно для діагностики та реабілітації захворювань, пов'язаних із порушенням постави. Проведенні дослідження показують, що використання підвісної терапії при різних формах порушень постави використовується для збільшення м'язової сили, покращення мобільності рухів, зменшення спастичності м'язів та для тракції хребта.

# ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ

**Ворко В. І., Камишна І. І.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Кінезіотерапія – один з найважливіших і ефективних методів медичної реабілітації, який найбільш широко застосовується при захворюваннях нервової системи різної етіології з різними клінічними синдромами, як у неврологічній, так і в нейрохірургічній практиці.

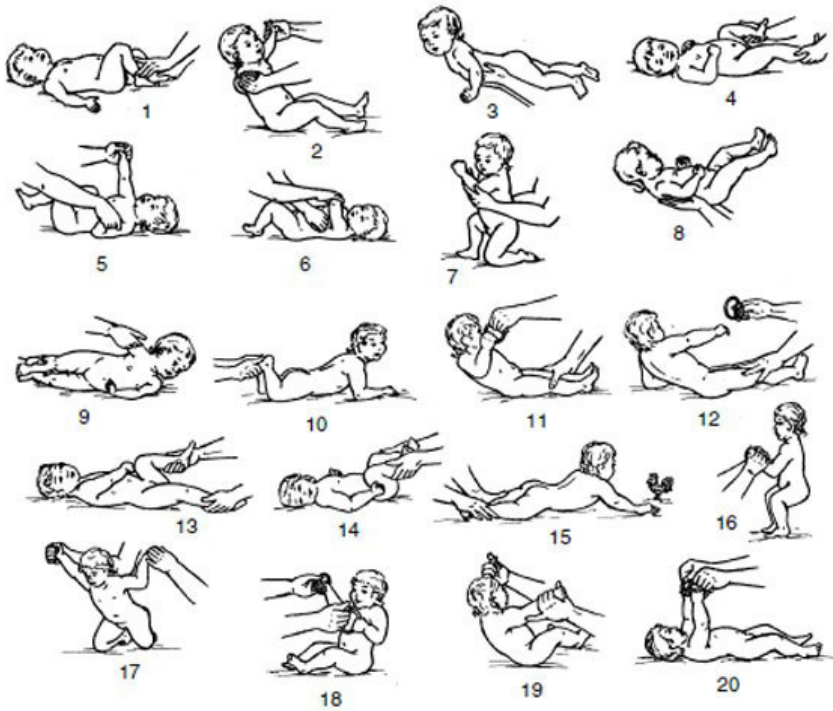
Вплив правильно підібраних засобів кінезіотерапії на організм дитини неможливо переоцінити. На додаток до загального оздоровчого ефекту фізичні вправи також активізують обмінні процеси, покращують інервацію м'язів, зміцнюють тканини та органи, прискорюють кровообіг, покращують мозкове кровопостачання.

Спастична форма рухових порушень проявляється підвищенням м'язового тону. Це найпоширеніша форма рухових порушень з боку ЦНС. Діти з цієї формою ДЦП незграбно рухають кінцівками, часто втрачають рівновагу, кульгають під час ходьби.

Головне завдання кінезіотерапії для дітей зі спастичною формою рухових порушень – зруйнувати неправильні стереотипи руху і створити нові. Тому починати варто якомога раніше. Дана терапія є ефективним методом реабілітації. Завдяки індивідуально розробленій програмі на основі індивідуальних можливостей та медичних показань можна використовувати активні та пасивні методи кінезіотерапії. Рухові заходи спрямовані на поліпшення кровообігу та живлення тканин, зміцнення м'язового корсета, зняття спастики та больових відчуттів.

Основними засобами корекції спастичної форми рухових порушень у дітей є фізичні вправи спазмолітичного характеру, що розслабляють м'язи згиначі, та зміцнюють м'язи розгиначі. Дозувати такі засоби можна за допомогою кількості повторень, додаткового обтяження, та використання різних вихідних положень.

Для досягнення максимально позитивних результатів в лікуванні, щоб зробити тіло гнучким та спритним, підпорядкувати його рухи свідомості, необхідно з раннього віку починати регулярні заняття лікувальною фізичною культурою (малюнок 1).



Малюнок 1. (Кінезотерапія при спастичній формі рухових порушень у дітей).

**Висновок:** Проаналізовано, що основними засобами корекції рухових порушень у дітей молодшого шкільного віку є спеціально підібрані фізичні вправи в залежності від нозологічних форм. При спастичній диплегії найбільш ефективними є загальнозміцнюючі, протиспастичні вправи на розслаблення м'язів згиначів, та зміцнення м'язів розгиначів. Для правильного та ефективного проведення заняття необхідно враховувати фізіологічне навантаження, дозування та вихідні положення, котрі повинні відповідати загальному стану пацієнта та стану тренуваності, а також створювати позитивний емоційний фон для дітей, що сприятиме встановленню та закріпленню умовно-рефлекторних зв'язків.

## ДІЄТОТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ

Грейда Н. Б., Андрійчук О. Я.

*Волинський національний університет імені Лесі Українки*

Хвороби печінки потребують комплексного лікування. Правильна дієта є важливим компонентом лікування і повинна бути фізіологічно повноцінна за вмістом білків, жирів, вуглеводів, збагачена антиоксидантами, вітамінами Е, С, групи В, лецитином та клітковиною. Квота білка повинна складати 1,6–1,8 г на 1 кг маси тіла. Кількість білка рекомендується зменшити при гострих токсичних гепатитах з ознаками печінкової енцефалопатії та при порушеннях функції нирок. Кількість жиру має складати 1,4–1,6 г на 1 кг маси тіла. Квота вуглеводів для хворих з надмірною масою тіла та ожирінням має складати – 2–3 г на 1 кг маси тіла, легкозасвоюваних вуглеводів – 20–30 г, у хворих із дефіцитом маси тіла квота вуглеводів складає фізіологічну норму, але не більше 5–6 г на 1 кг маси тіла. При жировому гепатозі основним методом лікування є дієтотерапія з підвищеним вмістом білкової їжі і обмеженням жирів, особливо тваринного походження. Європейська асоціація по вивченню печінки (EASL) рекомендує пацієнтам середземноморську дієту, яка включає достатню кількість рибних продуктів, багатих омега-3 жирними кислотами, м'яких сирів, м'яса птиці (20 % раціону) зелені, овочів та фруктів (30 %), злаків та бобових (35 %), продуктів з додаванням рослинних жирів (10 %), при цьому суттєво обмежуються солодощі, технологічно оброблені продукти, вуглеводи, які не повинні перевищувати 5 % добового раціону [1].

Дієтологи надають перевагу джерелам натурального жиру, що входить до складу продуктів. Основна кількість жиру повинна надходити за рахунок тваринних жирів, які повинні не перевищувати 25 %. Особливе значення надають збільшенню вмісту фосфоліпідів, потреби в яких при алкогольній хворобі печінки збільшені. Рекомендують яєчні жовтки — краще в сирому вигляді, м'який сир, страви із вівса, нерафіновану олію. Хворі потребують підвищення в раціоні кількості білка за рахунок повноцінних білків тваринного походження. Наявність необхідних амінокислот дозволить підсилити відновлення клітинних структур печінки, зменшить процеси фіброзу. Порції повинні бути невеликими, але кількість прийомів їжі не менше 4–5 разів. Продукти, що вимагають термічної обробки, треба відва-

рювати або готувати на пару [2]. При захворюваннях печінки потрібно дозовано вживати лікарські препарати з урахуванням призначення лікаря. Небезпечним для печінки є неконтрольоване вживання антибіотиків, анальгетиків, біодобавок та інших препаратів.

### **Список використаних джерел**

1. Афанасюк О. І. Принципи раціонального харчування [Текст] / О. І. Афанасюк, О. О. Яковець // *Новости медицины и фармации : всеукр. спец. мед.-фармац. изд.* – 2018. – № 1. – С. 12–13.
2. Вибрані питання нутріціології: навч. посіб. / Л. Андріюк, О. Зав'ялова, С. Федяєва, В. Яцюк, С. Ломейко, Є. Глебова; Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – Львів: Коло, 2015. – 118 с.

## **РОЗГЛЯД КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ДИТИНИ З МНОЖИННИМ ДЕФІЦИТОМ СУЛЬФАТАЗИ**

**Григус І.М., Нагорна О.Б.**

*Інститут охорони здоров'я, Національний університет водного господарства та природокористування, м. Рівне, Україна*

Особливої уваги фахівців галузі охорони здоров'я потребує терапія дітей з множинним дефіцитом сульфатази (МДС) – надзвичайно рідкісним нейрометаболічним розладом, успадкованим в аутосомно-рецесивному вигляді. Аналіз літературних джерел вказав на недостатність інформації стосовно своєчасної діагностики та програми терапевтичної супервізії дітей з МДС. Однак зазначено, що клінічний перебіг даного орфанного захворювання характеризується стрімким погіршенням психомоторного, мовленнєвого, когнітивного рівнів. Основні проблеми виникають внаслідок поєднання неврологічних уражень та позаневрологічних проявів, таких як респіраторні ускладнення, скелетні аномалії, іхтіозоподібна шкіра, проблеми функціонування шлунково-кишкового тракту тощо. Як засвідчують поодинокі звіти у фаховій літературі, спроби лікування за допомогою пересадки кісткового мозку чи стовбурових клітин лише відтермінують прогресування клінічних проявів та не мають науково-доказової бази ефективності.

Підґрунтям нашої програми фізичної терапії була біопсихосоціальна модель реабілітації, яка передбачала комплексний підхід, орієнтований на уражені системи та потенційні клінічні ускладнення. Складові частини персоналізованої програми: психологічна підготовка дитини; масаж по 10 процедур через три тижні; лікувальна фізична культура: загальнорозвиваючі вправи у вигляді пасивних вправ для верхніх, нижніх кінцівок, дихальні вправи, вправи з м'ячем у вертикалізаторі; вертикалізація дитини по 20–40 хвилин 2 рази протягом дня у передньому, а потім у задньому вертикалізаторі; використання ортезів DAFO на колінні–гомилковостопні суглоби; харчування у спеціалізованому стільчику-столі; гра за методикою «рука в руці»; використання музичних композицій мажорного характеру з мультфільмів, яскраві звукові іграшки, консультування та навчання членів родини.

Результативність фізичної терапії, ерготерапії пацієнта виявилася у полегшенні симптомів захворювання: уникнення ортопедичних ускладнень, нормотонія м'язів, очищення шкіри від сухих, іхтіозоподібних бляшок, нормалізація акту дефекації, попередження гіпостатичної пневмонії, збереження певних функціональних рухів, часткове відновлення ігрової діяльності. Лабораторно підтверджено якісні зміни показників крові: заліза сироваткового, ціанокобаламіну, фолієвої кислоти, цинку.

З огляду на орфанність захворювання, недостатній досвід терапії таких дітей, потребують ретельного добору засоби фізичної терапії та ерготерапії, а також аналіз ефективності результатів реабілітаційного втручання.

## **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ ТА COVID-19**

**Давибіда Н.О., Гамрекелідзе В.Р.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

**Сьогодні більшість лікарів світу стверджують, що реабілітація після перенесеної коронавірусної хвороби потрібна всім – і тим, хто переніс в легкій формі і тим, хто хворів тяжко!**

Деякі пацієнти приходять в норму швидко, а для інших коронавірус може стати початком тривалих проблем зі здоров'ям. Вік, стать і супутні хвороби збільшують ризики зі станом здоров'я в майбутньому. А швидкість відновлення залежить від інтенсивності та тривалості проведеного лікування. Людина, котру виписали з лікарні або така, що отримала лікування вдома, ще не є повноцінно здоровою, далі потрібно пройти шлях реабілітації, шлях остаточного одужання та соціальної адаптації.

Основне завдання, яке вирішує сучасна реабілітація після пневмонії та Covid-19 – це повноцінне відновлення легенів. Складність і тривалість відновлення залежать від ступеня ураження дихальної системи, а також від індивідуальних особливостей людини.

При складанні схеми проходження реабілітації важливо забезпечити повноцінне вентилявання уражених ділянок легенів та поліпшити крово і лімфоток. Разом з кров'ю в клітини будуть надходити живильні речовини і кисень, тому процес регенерації пройде швидше і результативніше.

#### **Мета реабілітації:**

- Усунути можливі ускладнення і негативні наслідки хвороби.
- Налагодити роботу внутрішніх органів і систем, які постраждали від впливу вірусу.
- Зміцнити здоров'я і підняти імунітет.
- Нормалізувати психоемоційний стан.
- Підвищити працездатність, щоб людина могла спокійно повернутися до повноцінного життя.

#### **Загальні рекомендації при відновленні після Covid-19 такі:**

- Дотримання режиму дня (своєчасний відпочинок і повноцінний сон).
- Чіткий розподіл фізичних навантажень.
- Збалансоване харчування.
- Активний спосіб життя. Заняття спортом можна тимчасово замінити прогулянками на свіжому повітрі.

#### **Явними протипоказаннями для проходження реабілітації від ускладнень Covid-19 медики називають:**

- Необхідність в постійній чи періодичній респіраторної підтримки пацієнта.
- Розвиток пневмосклерозу легень.
- Легенево-серцева недостатність в 3 стадії і вище.



Якщо у людини спостерігаються серйозні ускладнення, що викликали збої в роботі бронхолегеневої, серцево-судинної або ендокринної системи, то процес реабілітації може тривати довше. При цьому лікарі підбирають комплекс додаткових процедур, з урахуванням стану пацієнта.

– Фізіотерапевтичні методи відновлення після пневмонії

– Медикаментозне лікування пневмонії не завжди забезпечує повне відновлення функцій зовнішнього дихання, тож застосовується фізіотерапія та кінезотерапія (ЛФК).

– Комплекс вправ допомагає вивести з легень мокротиння. Щодо фізіотерапії, в залежності від випадку призначають наступні методи.

- Ультрависокочастотна терапія та індуктотермія, які проводять одночасно з антибактеріальною терапією. Електричне поле ультрависокої частоти впливає безпосередньо на область запалення у легенях. Це сприяє зменшенню набрякості та відновлює мікроциркуляцію крові. Індуктотермія — це вплив на організм магнітного поля високої частоти, що має протизапальну і антисептичну дію, допомагає покращити кровообіг, обмін речовин, а також розслабляє гладкі та поперечно-смугасті м'язи.
- Магнітотерапія, або вплив змінного низькочастотного магнітного поля. Таку терапію використовують для зменшення набрякості тканин, поліпшення капілярного кровообігу, стимуляції обмінних процесів у вогнищі запалення.
- Аерозольтерапія або ж інгаляції дозволяють збільшити площу контакту лікарських речовин зі слизовою оболонкою дихальних шляхів. Таким чином розсмоктування запалення відбувається швидше, а самі препарати мають більшу бактерицидну або бактеріостатичну дію.
- Ультрафіолетове опромінення (УФО) сприяє підвищенню активності лейкоцитів та збільшенню вмісту протизапальних гормонів, через що і має виражену протизапальну дію.
- Лазеротерапія або магнітолазеротерапія при гострій пневмонії або її залишкових явищах сприяє поліпшенню мікроциркуляції в легенях, ослабленню спазмів мускулатури бронхів, імуністимуляції, посиленню дій антибіотиків через збільшення їхньої концентрації в легеневій тканині.

## **Масажні процедури**

Масаж при пневмонії допомагає боротися із залишковими явищами хвороби. Фізичний вплив за допомогою тепла, вібрації і вакууму прискорює одужання, допомагає в боротьбі із затяжним кашлем, запобігає розвитку фіброзу.

Основні позитивні ефектні місцевого впливу в області грудей – це зміцнення дихальних м'язів, поліпшення дренажної функції і лімфовідтоку від легень. При активному загостренні симптомів стимулювання легень протипоказано (приплив крові здатний спровокувати різку активізацію патологічного процесу).

- Пресотерапія – своєрідний лімфодренаж, який покращить відтік лімфи та венозної крові верхніх і нижніх кінцівок. Таким чином здійснюється профілактика тромбозу, який може бути одним з ускладнень після ковіду.
- Підводний душ-масаж – глибокий вид масажу який покращить обмін речовин, підвищить кровообіг шкіри та організму в цілому, а також пришвидшить відновні процеси в організмі. Буде ефективним для профілактики післяковідних ускладнень на бронхо-легеневу і судинну системи.
- Масаж покращить мікроциркуляцію в області легенів, тим самим забезпечивши їх вентиляцію; відновить скоротливу здатність міжреберних м'язів і діафрагми; зніме напругу.

## **Додаткові методи відновлення**

*Іноді доцільно включати наступні фізичні методи:*

- Ампліпульстерапія, або вплив синусоїдальних струмів високої й низької частот на міжлопаткову область, в область проекції надниркових залоз або відповідного осередку ураження, тобто легенів.
- Йод-, Кальцій-, Еуфілін-електрофорез на грудну клітку, поперек щодо вогнища ураження в легенях. Лікарські препарати надходять в організм через міжклітинні простори, сальні та потові залози у вигляді позитивних чи негативних частинок (іонів).
- Лікувальні ванни – відмінно знімають стрес і його наслідки, нормалізують роботу серцево-судинної системи, мають загальнозміцнюючу дію.
- Дихальні вправи, спрямовані на розробку і збільшення обсягу легких. Видувати з силою повітря в спеціальну посудину (склянку) з мірною шкалою, вимірюючи об'єм легенів. Починають з невеликих навантажень, з поступовим збільшенням.

- Киснева пінка буде корисною для нервової та імунної систем. Виготовляють її з комплексу речовин, у якому однією складовою є кисень, а іншою – фіто коктейль із суміші лікарських чи вітамінних компонентів.
- Фітотерапія, багатий вибір фіточаїв з карпатських трав ефективний засіб у комплексному лікуванні захворювань дихальної системи.
- Бальнеотерапія (вживання мінеральних вод) – сприяє зміцненню загального імунітету, а також компенсують брак важливих мікроелементів в організмі (калію, магнію, кальцію і т.п.). Крім цього, мінеральні води покращують стан кісток, позитивно позначаються на діяльності серцевого м'яза і судинах, позитивно впливають на систему травлення. А також допомагають вивести залишки сильнодіючих медикаментів, використаних для лікування хвороби, шлаки і токсини.

### **Фізичні навантаження**

Обсяг і вид фізичних навантажень підбираються індивідуально для кожного пацієнта, враховуючи його самопочуття. Найоптимальнішими будуть:

- Аутогенне тренування і лікувальна фізкультура допоможуть швидше відновитися після перенесеної коронавірусної хвороби, зміцнити імунітет, а у поєднанні з прогулянками на свіжому повітрі позитивно вплинуть на емоційний стан і допоможуть побороти депресивний стан і знервованість.
- Нордична ходьба зміцнить м'язи, поліпшить роботу серця і легенів.

Також у домашніх умовах можна практикувати йогу та медитації. Заняття йогою переслідують декілька цілей:

- поліпшення психоемоційного фону;
- зміцнення м'язів тіла;
- поліпшення роботи легенів.

### **Харчування**

У загальнооздоровчих цілях, а також для прискореного відновлення працездатності і фізичної форми дорослим пацієнтам призначають спеціальну дієту. Загальна калорійність повинна складати 2000–3000 ккал в день. Тривалість – як мінімум місяць, щоб організм встиг «перебудуватися». Мета – зниження навантаження на шлунково-кишковий тракт і імунну систему.

### **Правильно підібране харчування допомагає:**

- поліпшити обмін речовин і прискорити виведення токсинів (утворилися під впливом вірусних мікроорганізмів і після прийому ліків);
- зміцнити імунітет;
- заповнити енергетичні витрати.

### **Загальні рекомендації дієтологів:**

1. Приймати їжу 4–6 разів на день, невеликими порціями. Дробове харчування дозволяє позбутися від зайвих кілограмів, набраних за час хвороби, і покращує засвоєння їжі;

2. Стежити за питомою часткою білків. Вони дають енергію, необхідну для нормальної життєдіяльності. Що важливо: використовувати тваринні білки, готувати їжу на пару, варити, тушкувати або запікати. Рекомендовані м'ясо птиці, риба, яйця, молочні продукти;

3. Їжте більше свіжих овочів і фруктів, бажано по сезону. Вітається зелень: листові салати, петрушка, кріп, цибуля порей або латук, шпинат і т.п.;

4. Різко знизити кількість солі, рафінованого цукру і борошняних виробів.

Також на період реабілітації варто відмовитися від газованих і алкогольних напоїв. Замість них необхідно вживати більше чистої води – не менше 2 літрів в день, а також різноманітні неалкогольні напої: узвари, соки, морси, відвар шипшини і т.п.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ДОКТОРА БУБНОВСЬКОГО У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З КОКСАРТРОЗОМ**

**Давибіда Н.О., Петрів М.Р.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

### **Вступ**

Методика доктора Бубновського – це унікальна методика лікування і реабілітації захворювань кістково-м'язової системи, в якій основним лікувальним засобом є спеціально розроблені декомпресійні вправи на авторських тренажерах.

Унікальність методу полягає в тому, що для лікування цілої низки захворювань вперше у світовій практиці доктор Бубновський С.М. звернувся не до хірургії або лікарських препаратів, а до внутрішніх ресурсів організму людини.

**Мета** та завдання даної роботи полягає у популяризації методики доктора Бубновського з метою просвітницької діяльності, і як наслідок покращення загального стану здоров'я серед населення.

### **Основна частина**

В якості основного методу використовується КІНЕЗІТЕРАПІЯ (kinesis – рух + therapia – лікування) – лікування правильним рухом. Для впливу на організм у методиці Бубновського використовуються спеціально розроблені комплекси вправ на багатофункціональних тренажерах Бубновського з функціями декомпресії та антигравітації (БТБ). Пацієнту не треба докладати особливих зусиль, не треба боятися підвищення тиску і загальної слабкості. Рух полегшить антигравітаційна система БТБ. Пацієнту лише необхідно ретельно і точно виконувати рух та пам'ятати: «Правильний рух лікує – неправильний калічить».

Для кожного пацієнта розробляється індивідуальна програма, що враховує його індивідуальні особливості і рівень фізичного розвитку, ступінь захворювання, загальний стан здоров'я. Програма включає спеціальні реабілітаційні вправи, призначені для поліпшення рухливості суглобів, еластичності м'язів, зв'язок і сухожилів. В результаті знімається больовий синдром, активізуються глибокі м'язи, відновлюється живлення уражених тканин, повертається рухливість суглобів і хребта, значно зростають рухові можливості, працездатність, поліпшується якість життя.

Спочатку, як правило, даються полегшені варіанти вправ із мінімальними навантаженнями, поступово складність програм підвищується. Особливий акцент робиться на постановку правильного дихання, без правильного дихання лікувальний рух неможливий. Правило дихання прості, але вміння ними користуватися дає значний лікувальний ефект на будь-якому етапі реабілітаційної програми.

Після проходження одного або декількох циклів кінезітерапії (це залежить від темпу позитивних змін, що відбуваються в процесі занять) пацієнти переводяться на програми, необхідні для підтримки досягнутого стану.

**Коксартроз** (артроз тазостегнових суглобів) відноситься до дистрофічних захворювань. У його основі лежать дегенеративні зміни хрящової та кісткової тканини суглоба, внаслідок чого виникають больові відчуття і порушується функція руху. Це зношеність суглоба – природний процес старіння.

Але низка факторів може прискорити цей процес:

- \* дисплазія (порушення формування) тазостегнових суглобів і вроджений вивих стегна;

- \* стать: доведено, що жінки хворіють артрозами частіше за чоловіків;

- \* зайва вага: створює додаткове навантаження на суглоб, тим самим прискорюючи процес його зношування;

- \* ненормовані надмірні фізичні навантаження;

- \* травми ноги або тазостегнового суглоба;

- \* слабкість зв'язкового-м'язового апарату;

- \* порушення постави.

### **Симптоми хвороби**

Симптоми захворювання залежать від стадії і тривалості перебігу захворювання. Але основним проявом коксартрозу є біль у суглобі при навантаженні, який віддає в пах і припиняється в спокої. Розрізняють 3 ступені захворювання.

Коксартроз 1-го ступеня є оборотним, і при правильно підібраному лікуванні може регресувати. Він проявляється болем у суглобі при значному навантаженні, змінюється тільки хрящове покриття суглобової западини і товщина суглобової щілини.

При 2-му ступені коксартрозу в процес втягуються кісткові структури, виникають кісткові розростання, деформація головки стегнової кістки, починають формуватися кісти. Біль при ходьбі стає значною, людина починає щадити хвору ногу при ходьбі, тим самим навантажуючи здорову.

При 3-му ступені артрозу переважають розростання кісткової тканини, формуються утворення, які викликають больові відчуття і в спокої. На цій стадії також виникають переломи, оскільки кісткова тканина суглоба перестає бути спроможною.

### **Лікування**

Розрізняють медикаментозні і немедикаментозні методи лікування артрозу тазостегнових суглобів. Вибір терапії залежить від стадії процесу. Коксартроз 1-й і 2-го ступенів можна успішно лікувати при-

родним способом – за допомогою руху. При цьому лікування має кілька напрямків:

- \* усунення больового синдрому;
- \* зняття м'язового спазму;
- \* поліпшення трофіки (живлення) суглобового хряща, поліпшення продукції суглобової рідини.

Коксартроз важкого ступеня піддається дорогому хірургічному лікуванню, яке включає в себе протезування суглоба. При цьому людина повинна постійно приймати різні препарати, завдання яких призупинити розвиток патологічного процесу.

Розглянемо деякі рекомендації до виконання вправ:

1. Вправи при коксартрозі є статичними, і не передбачають навантаження суглобової осі. В цілому, пацієнтам з цим захворюванням протипоказані важкі навантаження з різкими рухами, щоб уникнути посилення патологічних проявів. Вправи, які доставляють різкий біль при виконанні, робити не можна.

2. Перед початком вправ рекомендується легкий масаж стегнових м'язів, так само, як і після закінчення заняття – це розігріває м'язи, стимулює кровообіг і позитивно впливає на одужання. Неприємні відчуття в процесі виконання гімнастики теж знімаються масажем.

3. Комплекс вправ для суглоба при коксартрозі доповнюється плаванням, якщо загальний стан пацієнта дозволяє.

4. Вправи пацієнту бажано підбирати з лікарем, враховуючи ступінь вираженості проявів і стадію розвитку коксартрозу.

5. Робити вправи треба регулярно, бажано щодня, у комфортному, плавному темпі.

**Висновок.** Отже, існує альтернатива лікуванню ліками та оперативному втручанню при коксартрозі. Унікальний комплекс вправ, розроблений для лікування і відновлення за методикою доктора Бубновського допоможе вирішити Вашу проблему. Індивідуально підібрана схема лікування та підтримки здоров'я спрямована на активізацію власних сил організму для позбавлення від захворювання.

### Перелік використаних джерел

1. <https://zsz.pp.ua/najefektivnishi-vpravi-pri-koksartrozi-kulshovogo-sugloba>
2. <https://bubnovsky.ua/koksartroz-likuvannia/>
3. <https://bubnovsky.ua/metodyka/>

## ШОКОЛАДНИЙ МАСАЖ: КОРИСТЬ, ПОКАЗАННЯ ТА ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ.

**Давибіда Н.О., Попович Д.В.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Такий масаж виконується на основі натурального шоколаду, масла і порошку какао-бобів.

Кофеїн, який входить до складу шоколаду, сприяє поліпшенню обмінних процесів в шкірі, живить її, робить гладкою. Кофеїн бореться з целюлітом. Масло живить шкіру і робить її гладкою. Дрібні частинки какао-бобів забезпечують м'який пілінг. Розігрівання позитивно впливає на суглоби.

Під час виконання процедури і після неї виникає відчуття повної релаксації, виявляється антистресову і антидепресивну дію, напоює людину енергією, стимулює вироблення гормонів радості.

Методика шоколадного масажу дозволяє позбутися від стресу, нервової напруги, дарує гарний настрій і самопочуття. Процедура поєднує в собі кілька типів впливу: масаж, ароматерапія, лімфодренаж і інші.

Багато фахівців вважають, що шоколадний масаж – це найприємніша масажна процедура.

Результат виконання шоколадного масажу:

- Усунення целюліту;
- Усунення розтяжок;
- Нормалізація циркуляції крові;
- Покращення настрою;
- М'якість і гладкість шкіри;
- Омолодження організму.

Показання:

- Наявність целюліту;
- Надлишкова маса тіла;
- Наявність жирових відкладень в області живота, стегон, талії;
- В'яла, не еластична шкіра;
- Порушення обміну речовин;
- Стрес;
- Поява ознак старіння.



Протипоказання:

- Період вагітності і менструації;
- Надмірна чутливість;
- Захворювання шкіри;
- Інфекційні захворювання;
- Варикоз;
- Захворювання крові;
- Доброякісні і злоякісні пухлини;
- Запальні процеси на шкірі.
- Підвищенна температура тіла.

Підготовка

Для проведення масажу знадобитися плитка хорошого шоколаду, бажано гіркого, третина пачки вершкового масла, великий шматочок поліетиленової плівки.

Перед масажем пацієнт повинен прийняти теплий душ, який розігріє тіло. Поверхню, на якій буде розташовуватися пацієнт, краще застелити захисною плівкою.

Шоколад і масло слід розтопити на повільному вогні, змішати, дочекатися поки маса стане теплою, адже можна обпектися.

Техніка виконання

1. Масаж починається з нанесення підготовленої суміші на ділянку тіла. Спочатку масажується задня поверхня тіла. По можливості шоколад слід нанести на все тіло, а не на окремі ділянки.

2. Починається вплив з області спини. Виконуються плавні хвилеподібні рухи по ходу лімфотоку. Під час процедури ретельно розминаються м'язи, усувається втома і напруга.

3. Темп виконання масажу вибирається повільний. Відмінність від класичного полягає в тому, що рухи виконуються руками, ногами і всім корпусом. Рухи прямують від спини до боків. Потрібно постаратися максимально охопити область спини.

4. При масажі сідниць використовується техніка з обтяженням. З її допомогою вдається ефективно боротися з целюлітом. Плавні і довгі рухи виконуються ногами.

5. Після обробки спини слід переходити до масажу ніг. При переході з однієї зони в іншу не слід відривати руки від тіла. Виконуються плавні погладження, які чергуються з розминанням. Силові рухи виконуються знизу–вгору.

6. Ще один прийом – «кільце охоплення». Масажист охоплює нижню частину ноги руками у вигляді кільця і рухається вгору, зберігаючи контакт з пацієнтом. При цьому пальці рук повинні бути широко розставлені.

7. Рухи поступові і повільні, руки повинні плавно рухатися по тілу. Завершується масаж виконанням повільних і розслаблюючих погладжувальних рухів. Тривалість процедури на задній поверхні – 20–30 хвилин.

8. Після цього масажується передня поверхня тіла. Шоколадна суміш наноситься на ноги широкими охоплюючими рухами.

9. Потім масажист переходить до області грудей і живота. Масаж живота виконується гранично акуратно, без використання натисків, легкими погладжувальними рухами. Після повного розслаблення масажист виконує похитування з боку в бік.

Завершальний прийом – це повільне довге погладження всього тіла двома руками знизу–вгору.

Пацієнта слід обернути поліетиленом, накрити ковдрою і дати полежати так 10–15 хвилин. За цей час корисні речовини проникнуть в шкіру і буде досягнуто максимального розслаблюючого ефекту.

Після сеансу масажу пацієнту слід відпочити, щоб розслабитися і в повній мірі насолодитися процедурою. Щоб домогтися максимального розслаблення включається розслаблююча музика.

Шоколадний масаж – це відмінний засіб для боротьби з депресією і поганим самопочуттям. Людина отримує масу позитивних емоцій. Процедура забезпечує дбайливий догляд за шкірою, омолоджує і оздоровлює її.

# КІНЕЗІОФОБІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ ХВОРИХ З ПАРКІНСОНІЗМОМ

Дідоха І.В.

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

Хвороба Паркінсона (ХП) – друге за частотою нейродегенеративне захворювання після хвороби Альцгеймера. У світі налічується понад 6 млн осіб з ХП.

**Мета:** оцінити ефективність впливу засобів фізичної терапії на рівень кінезіофобії, соматичні маркери саркопенії та показники ризику падіння у пацієнтів похилого віку з хворобою Паркінсона.

**Методи.** Обстежено 57 осіб похилого віку з діагностованою хворобою Паркінсона у поєднанні із саркопенією. Їх було поділено на дві групи: 1 (займались згідно принципів поліклінічної реабілітації) та 2 (займались за розробленою програмою фізичної терапії, що була створена з врахуванням специфіки кожного коморбідного стану із застосуванням функціонального тренування на платформі «Prosedos», терапевтичних вправ, масажу, ерготерапії, корекції харчування, навчання пацієнта). Контрольну групу склали 24 особи без ознак саркопенії та хвороби Паркінсона. Ефективність програми оцінювали за динамікою шкал Tampa Kinesiophobia Scale, Fall efficacy scale, китичною динамометрією, The Short Physical Performance Battery, Timed Up and Go test, Berg Balance Scale.

**Результати.** У пацієнтів похилого віку з хворобою Паркінсона та саркопенією виявлений високий рівень кінезіофобії, м'язову слабкість, порушення показників статичної та динамічної рівноваги і, як наслідок, високий ризик падіння. Розроблена програма фізичної терапії спричинила статистично значуще кращий вплив на стан кінезіофобії, маркери саркопенії та ризику падіння у порівнянні із загальною поліклінічною програмою за усіма досліджуваними показниками ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Пацієнти похилого віку із комобідністю хвороби Паркінсона та саркопенії потребують розробки програм фізичної терапії з урахуванням та корекцією специфіки кожного захворювання, наявності кінезіофобії та високого ризику падіння.

## МОЖЛИВОСТІ ОРТОПЕДОХІРУРГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛЯХОМ КОРЕКЦІЇ ДЕФОРМАЦІЙ СТОП

Дубас В.І.<sup>1</sup>, Сулима В.С.<sup>1</sup>, Балюк Ю.С.<sup>2</sup>, Данів В.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет,

<sup>2</sup>Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня,  
м. Івано-Франківськ, Україна

При сучасному клінічному обстеженні дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи та спадково-дегенеративними захворюваннями у 95–98 % виявляють різноманітні деформації стоп, як одного з основних елементів реабілітаційного лікування по відновленню опори та ходьби. Більшість науковців пов'язує це з наявним м'язовим дисбалансом. Відсутність динамічного ортопедичного спостереження та поетапної реабілітаційної корекції не тільки деформацій стоп, але і нижніх кінцівок загалом, зумовлює появу та прогресування порушень вже у віці 5–7 років. Тому, методи лікування деформацій стоп потребують подальшого вдосконалення, а новітні технології – патогенетичного обґрунтування.

**Мета:** вивчити результати комплексної ортопедохірургічної корекції деформацій стоп у дітей з неврологічною патологією.

**Матеріал та методи.** Протягом 10 років у відділенні травматології та ортопедії Івано-Франківської ОДКЛ у 51 дитини з неврологічною патологією в залежності від виду деформації стоп виконали 172 індивідуальні оперативні корекції: пластику сухожилків – 84, тенотомію та лігаментотомію – 39, лігаментокапсулотомію – 18, транспозицію місць прикріплення – 18, артродезування з кістковою пластикою – 16. Клінічний термін спостереження сягав від 6 міс. до 10 років, що дозволило вивчити віддалені функціональні результати втручань за вибраними методиками.

**Результати та обговорення:** У 44 дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи (ДЦП) у формі спастичної диплегії та геміплегії у віці 6–7 років спостерігали формування еквінусної деформації обох або однієї стопи. У 25 хворих корекцію деформації виконали шляхом Z-подібної пластики ахіллового сухожилка з пересіченням сухожилка плантарного м'язу.

У 11 хворих з діагнозом спастична геміплегія поступово формувалась еквінопорожниста деформація стопи, що зумовлено вкоро-

ченням плантарного апоневрозу під впливом спастично зміненого *m. tibialis ant.* Усім хворим виконали подовження ахіллового сухожилка в поєднанні з напівзакритим пересіченням плантарного апоневрозу.

У 8 хворих з спастичною диплегією та двійною геміплегією еквіносна деформація стоп з віком, при не усунутій привідній контрактурі стегон, прогресувала шляхом: відведення переднього відділу стоп, ротації таранної кістки та пронації п'ятки, тобто сформувалась еквіноплосковальгусна деформація стоп, яка не піддавалась консервативному лікуванню. Для корекції цієї деформації у 3 хворих виконали ахіллопластику у сагітальній площині, задню лігаментокапсулотомію над- та підтаранного суглобів, тенопластику з подовженням сухожилка короткого малогомілкового м'язу, транспозицію сухожилка довгого малогомілкового м'язу на медіальний край стопи, підтаранний артродез за *Grice*, де кістковий трансплантат брали з гребеня великогомілкової кістки та фіксували нашкірно виведеною шпигцею. Результати клінічного спостереження виявили недостатнє функціональне відновлення у даних дітей у віці 10–11 років. Кращий функціональний результат показало поєднання методики оперативного втручання з артродезом шурупом таранної та п'яtkової кісток у 2 дітей. Підтаранний артроерезис виконано у двох дітей на обох стопах у віці 10–11 років. У хворої Р., 15 років, з ДЦП, спастичною диплегією сформувалась двобічна плосковальгусна деформація обох стоп Шст. зі значною пронацією стоп. Деформацію усунули V-подібною резекцією кісток переплесни з верхівкою на човникоподібній кістці, а виведення пронації переднього відділу стопи здійснили шляхом остеотомії кубовидної кістки за Евансом. Артродез виконали спонгіозними шурупами.

У 7 хворих зі спадково-дегенеративними захворюваннями нервової системи (по 2 хворих з хворобою *Shtrumpel*, з міопатією *Erb-Rot* та міопатією *Becker*) при обстеженні виявили еквіно-порожнисту деформацію стоп. Після додаткового обстеження на активність захворювання хворим проведені пластика ахіллового сухожилка та напівзакрите пересічення плантарного апоневрозу. Еквіно-порожнисто-варусну деформацію обох стоп діагностовано у 1 хворого зі спінальною аміотрофією *Werdnig-Hoffmann*. Після додаткового ЕНМГ-обстеження, провели реконструкцію обох стоп: подовження ахіллового сухожилка, напівзакрите пересічення плантарного апоневроза, капсулотомію суглобів *Chopar* та *Lisfranc* з переміщенням

*m. tibialis ant.* на латеральний край стопи. У хворого Г., 8 років з діагнозом мієлодисплазія виявили двобічну плосковальгусну деформацію обох стоп на ґрунті «Tallus verticalis». Виконано хірургічну корекцію деформацій обох стоп шляхом трьохсуглобового артрорезу кісток передплесни з аутоостео- та тендопластиком. Провели резекцію головки таранної кістки з формуванням склепіння стопи. При артрорезуванні кісток передплесни між п'яtkовою, тілом таранної та човникоподібною кістками утворився дефект, який заповнили кістковим трансплантатом резекованої головки таранної кістки. Кістки передплесни синтезували металевою скобою та спицями. Тильне згинання стопи усунули подовженням сухожилків *m. Tibialis ant.* та *m. Extensor digitorum*. У хворого Д. (17 років) з неавральною аміотрофією Шарко-Марі-Тут та порожнистою деформацією обох стоп виконали V-подібну резекцію склепіння стопи за Лябахом з моделюванням склепіння стопи на рівні клиновидних кісток та остеосинтезом скобами.

Динамічне спостереження за хворими, яким була проведена пластика ахіллового сухожилка показало, що під час операції слід досягати гіперкорекції тильного згинання стопи. Напівзакрите пересічення плантарного апоневрозу зменшило висоту повздовжнього склепіння стопи у всіх хворих. З метою усунення еквіноплосковальгусної деформації стопи у дітей старше 11–12 років операцію необхідно доповнити артрорезом таранної та п'яtkової кістки шурупом, що дає можливість отримати добрі результати (2 хворих). При корекції порожнистої деформації стопи у 8 хворих отримані задовільні (4 хворих) та добрі (4 хворих) результати, але оперативне втручання потребує ретельного пошуку функціонально активних м'язів, і тільки їх переміщення дає позитивний результат.

Загалом віддалені клінічні спостереження за 51 хворим з неврологічною патологією виявили задовільні 11 та добрі 41 результати лікування (75 % відновлення функції стопи – добрий результат, 50 % – задовільний – за Гуком Ю.М., 2009 р.). Незадовільних функціональних результатів лікування не спостерігали.

**Висновок:** Запропоновані методики лікування дозволяють покращити функціональні результати, але потребують подальшого вивчення, обґрунтування та вдосконалення. Десятирічний досвід ретельного динамічного спостереження за дітьми з неврологічною патологією довів необхідність перегляду діагностично-лікувальних

методик та впровадження сучасних методик ортопедичної корекції деформацій стоп та нижніх кінцівок, що є запорукою вчасного відновлення правильної ходьби.

## **МАНУАЛЬНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

**Кирилюк В. В.**

*Волинський національний університет імені Лесі Українки*

### **Вступ**

Мануальна терапія – це комплекс лікувальних прийомів, що полягає в ручній дії на анатомічні структури тіла для ліквідації виявлених обмежень з метою їх звільнення від функціональних блоків і відновлення циркуляції рідин для створення оптимального рухового стану людини, що веде до поліпшення якості її життя. Кожна людина, яка страждає захворюваннями хребта, знає про ротаційні техніки, як найбільш поширені техніки у мануальній терапії. Однак популярність – не завжди синонім ефективності і безпеки.

### **Основна частина**

В процесі багаторічної практики, аналізуючи результати лікування, все частіше зараз звертається увага на ризик отримання травм хребта при ротаційних скручуваннях. Більш безпечним є м'які мануальні техніки це – фізіологічна і ефективна методика оздоровлення. На відміну від класичного масажу, сеанс ММТ крім роботи з м'язами включає техніки на суглобах (в тому числі на суглобах хребта), на зв'язках, сухожиллях та кістках.

В поняття м'які мануальні техніки входять міофасціальний реліз, пост ізометрична релаксація, артикуляції, непрям функціональні техніки. До більш безпечних методик у мануальній терапії відносять тракційні техніки.

Тракційні техніки відносяться до малотравматичних м'яким технік і спрямовані на розтягування пошкодженої структури хребетного стовпа. Процедури роблять на спеціальних столах – горизонтальних або вертикальних. Розтягування хребта дозволяє не тільки збільшити відстань між хребцями, а й покращує кровообіг і м'язовий тонус, допомагає позбутися від компресії корінцевих структур. Також одним з більш безпечних методів є метод короткого важеля.

Метод короткого важеля – це вплив руками, пальцями або кистями безпосередньо на тіло, дуги і відростки хребців. Це інноваційна м'яка методика, яка повністю виключає ротаційний механізм і має на увазі надзвичайно точний вплив саме на той сегмент, який блокований або зміщений. Цей метод можна застосовувати навіть при наявності остеохондрозу, протрузій або великих гриж, а також після операцій, за умови, якщо фіксатори знаходяться в інших відділах хребта. Метод короткого важеля дозволяє розблокувати з нерухомлений сегмент хребта і відновити нормальне положення хребців з високою точністю. Завдяки високій ефективності, позитивні зміни відчутні вже після першого сеансу.

## КОРЕКЦІЯ СОМАТОМЕТРИЧНИХ МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

**Коваль Н.П.**

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

**Мета:** визначення ефективності програми фізичної терапії для пацієнтів похилого віку з метаболічним синдромом (МС) та старечою астеною (СА) за динамікою соматометричних показників та компонентного складу тіла.

**Методи.** Обстежено 96 осіб похилого віку. Контрольну групу склали особи без МС та з відсутністю СА. Основну групу 1 склали особи з МС та СА, які дотримувались загальних рекомендацій щодо модифікації стилю життя – зменшення калорійності харчування, розширення фізичної активності. До основної групи 2 включали пацієнтів, які погодились проходити розроблену програму фізичної терапії із застосуванням кінезітерапії, масажу, нутритивної корекції, освіти пацієнта, когнітивного тренінгу та елементів ерготерапії тривалістю 1 рік. Ефективність програми оцінювали за динамікою антропометричних маркерів МС (ріст, маса, індекс маси тіла, обхват талії та стегон та їх співвідношення) та компонентного складу тіла (вміст жирової, м'язової тканин та води, вісцерального жиру), визначеного методом біоімпедансу.



**Результати.** У осіб похилого віку з СА та МС виявлено статистично значуще погіршення антропометричних параметрів (збільшення маси тіла, ІМТ, обхватів талії та стегон, їх співвідношення) та компонентного складу тіла (зменшення м'язової маси та води, збільшення жирової маси та вісцерального жиру) відносно своїх однолітків. Застосування програми фізичної терапії призвело до покращення всіх досліджуваних параметрів у осіб основної групи 2. Низький рівень терапевтичного альянсу призвів до незадовільного виконання або невиконання наданих рекомендації пацієнтами, що асоціюється із відсутністю покращення їх стану.

**Висновки.** Засоби фізичної терапії доцільно включати в програми реабілітації хворих похилого віку з коморбідною патологією – старечою астеною та метаболічним синдромом.

## **РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ КРИЖОВО-КЛУБОВИХ З'ЄДНАНЬ**

**Коваль В.Б. Стасюк М.О.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Значний відсоток неспецифічного болю в області попереку обумовлений дисфункцією крижово-клубових з'єднань. Лікування проводиться відповідно до загальних принципів міжнародної медичної практики щодо ведення гострого і хронічного неспецифічного болю у спині. При цьому перевагу надають комплексному підходу, що включає медикаментозні та не медикаментозні методи. Однак аналіз реабілітаційних підходів при дисфункції крижово-клубових з'єднань не достатньо представлений у вітчизняному науковому дискурсі.

За результатами аналізу діяльності центрів реабілітації для пацієнтів з дисфункцією крижово-клубових з'єднань виявлено, що у процесі їх реабілітації використовуються дві методики лікувальної фізкультури Е. Древінг – В. Гориневської та М.Вейса – А.Зембагого.

Методика М. Вейса – А. Зембагого охоплює динамічні та статичні вправи, які у комплексі з дихальними вправами здійснюють потужніший відновлювальний ефект на організм пацієнта, ніж застосування усіх вправ порізно. Зміст методики Е. Древінг – В. Горинев-

ської складають розгинальні вправи, спрямовані на зміцнення м'язів спини. Обидві методики спрямовані на створення повноцінного м'язового корсету. Однак методика М.Вейса – А.Зембатового надає перевагу роботі дистальних (найбільш ослаблених) довгих м'язів спини, і пропрацьовує їх не тільки в активному, але і в пасивному (опір) режимі. Крім м'язів спини, за допомогою методики М. Вейса – А. Зембатового можна пропрацювати м'язи живота (внутрішні та зовнішні прямі та косі м'язи, прямі та поперечні м'язи пресу).

За результатами дослідження ефективності реабілітаційних підходів при дисфункції крижово-клубових з'єднань виявлено, що методики М. Вейса – А. Зембатового з використанням дихальних вправ справляє більш виражений позитивний вплив на функціональний стан пацієнтів центру реабілітації, сприяє поліпшенню основних показників життєдіяльності організму загалом. Використання даної методи дозволяє скоротити термін реабілітації пацієнтів з дисфункцією крижово-клубових з'єднань, посилює відновлювальний ефект за рахунок комплексного застосування статичних і динамічних вправ в певній послідовності.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІГРОВОГО МЕТОДУ ПРИ НАЯВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ДЛЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ**

**Кука-Форись У.Є.<sup>1,2</sup>, Івасик Н.О.<sup>2</sup>, Найда Л.Я.<sup>2</sup>, Кордис Б.Д.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Комунальне некомерційне підприємство 8-ма міська клінічна лікарня м. Львова

<sup>2</sup>Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Ґжицького

**Вступ.** Найпоширенішим у дітей раннього віку є термічний опік гарячими рідинами (ошпарювання). Порушення функцій і структур організму відповідно до моделі МКФ є наслідками розладу або патологічного процесу. Рання реабілітація, орієнтована на довгострокові цілі, з формуванням сімейно-центричної мультидисциплінарної команди, є дуже важливою для запобігання наслідків опікової травми та досягнення раннього функціонального відновлення.

Дослідження проводили на базі 8-мої міської клінічної лікарні м. Львова. У ньому взяло 36 дітей віком 3–4 роки з опіковим ураженням I-IIА ступеня шиї, грудної клітки, верхньої кінцівки, після ксенопластики. Методом випадкової вибірки вони були поділені на 2 групи: основну (ОГ) та порівняння (ГП) по 18 у кожній. Для зменшення болю та покращення функції руки до програми фізичної терапії (ФТ) в ОГ були включені цілеспрямовані рухи в ігровій формі, в ГП – пасивні та активні рухи.

**Результати.** Діти з опіковими травмами відчувають сильний біль під час опіку та під час лікування та реабілітації. Зміну показників оцінки болю під впливом занять з фізичної терапії представлено у таблиці.

Зміна показників оцінки болю під впливом фізичної терапії (у балах)

	Шкала FLACC		р	Шкала Ouche		р
ОГ	7,2±0,88	5,05±0,73	<0,05	7,1±1,02	2,9±0,83	<0,05
ГП	7,1±0,96	5,61±0,61	<0,05	7,05±1,2	3,38±0,7	<0,05
р	>0,05	>0,05		>0,05	<0,05	

Після занять за програмою ФТ ми спостерігали більший приріст показників активної амплітуди рухів у плечовому суглобі у дітей ОГ (згинання на 81 %, відведення на 88 %) у порівнянні з дітьми ГП (на 73 % та 74,6 % відповідно). Активне згинання ліктя в ОГ зросло на 59,5 %, а в ГП на 43 %.

При первинному обстеженні в поведінці усіх дітей домінували прояви страху, відмова від ігор, тривожний сон. Після занять за програмою ФТ, перед випискою зі стаціонару, діти ОГ стали більш спокійні, жваві та покращився нічний сон у порівнянні як з первинним обстеженням, так і з дітьми ГП.

**Висновок.** Раннє розширення діапазону рухів ураженої ділянки цілеспрямованими рухами в ігровій формі є сприятливим для зменшення болю та оптимального відновлення дітей молодшого дошкільного віку після ксенопластики.

## РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕНУВАННЯ У КОРЕКЦІЇ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Куравська Ю.С., Чурпій І.К., Голод Н.Р., Федорівська Л.П.,  
Гринчак В.І.

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

**Вступ.** Під час вагітності симптоми вертеброгенного больового синдрому (ВБС) виникають вперше або посилюються. Приблизно половина жінок з початковим проявом ВБС продовжує страждати від них у післяпологовому періоді впродовж року, а у 20 % жінок симптоматичні болі тривають впродовж 3 років після пологів.

**Методи дослідження.** Обстежено 112 жінок. Групу порівняння (ГП) склали 47 жінок, у яких родорозршення відбулись природнім шляхом. Основну групу склали 65 жінок які перенесли кесарів розтин (КР). Основну групу 1 (ОГ1) склали 32 жінки, яким були надані загальні рекомендації по самоогляду, оскільки вони виявили бажання відновлюватися самостійно. Основну групу 2 (ОГ2) склали 33 жінки, які проходили реабілітацію впродовж 12 місяців, із застосуванням функціонального тренування з прив'язкою до побутових рухів по догляду за дитиною, бандажу черевної стінки, кінезіотейпінгу живота та спини, масажу; оздоровчого харчування, психологічної релаксації. ВБС характеризували за результатами опитування за анкетами Роланда-Моріса, Pregnancy Mobility Index (PMI). Обстеження проводили на 5–7 день після пологів; наприкінці пізнього післяпологового періоду; через 6 та 12 місяців після пологів.

**Результати дослідження.** Змінами за анкетною Роланда-Моріса характеризувались всі групи жінок при першому обстеженні, ГП та ОГ1 при другому, тільки ОГ1 при третьому. Впровадження розробленої програми реабілітації виявило швидкий кращий у порівнянні із ГП та ОГ1 ефект у жінок ОГ2 вже при другому обстеженні, зберігаючи його при наступних контрольних замірах. Через рік спостереження у осіб всіх груп виявлено поодинокі ознаки ВБС за анкетною Роланда-Моріса, їх кількісні характеристики у осіб ОГ2 були статистично значуще кращими, ніж у осіб ГП та ОГ1. У всіх групах жінок спостерігалось покращення показників активності та мобільності за підшкалами PMI. При першому обстеженні на фоні

ФТ жінки ОГ2 продемонстрували статистично кращий результат за першою та другою шкалами РМІ відносно жінок ОГ1, який досягали рівнів ГП. При другому обстеженні результати жінок ГП та ОГ2 не відрізнялись між собою, а під час третього та четвертого обстежень показники ОГ2 були кращими параметрів ГП та ОГ1.

**Висновки.** У післяпологовому періоді ВБС проявляється у вигляді обмеження життєдіяльності (за анкетами Роланда-Моріса, Pregnancy Mobility Index). Застосування функціонального тренування в рамках програми реабілітації дозволило вже до кінця пізнього пологового періоду жінкам після КР статистично значуще покращити результати анкет Роланда-Моріса, РМІ у порівнянні з іншими групами обстежених жінок.

## **ЕРГОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ**

**Ласа М. М., Мисула І. Р.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

**Вступ.** У людини, яка перенесла інсульт значно погіршується якість життя, можуть виникати наслідки, які призводять до її інвалідизації. Важливими завданнями ерготерапії є покращення якості життя, повернення людини до звичайної діяльності, дати їй можливість не тільки самостійно обслуговувати себе, а й урізноманітнити своє дозвілля, почати працювати.

**Основна частина.** Переконаливо доведено, що у відновлювальному лікуванні постінсультних хворих доцільно застосовувати чотири види ерготерапії:

- 1) моторно-функціональний (покликана поліпшити моторні можливості, витривалість пацієнта)
- 2) сенсомоторно-пропріоцептивний (для поліпшення чуттєвого сприйняття, регуляції тону, координації рухів)
- 3) нейропсихологічний (покращує когнітивні можливості, концентрацію, увагу, реакцію)
- 4) психофункціональний ( нормалізує ситуативну поведінку, сприяє зміцненню мотивації і комунікації, розвитку соціоемоційної компетенції і здатності пацієнта до інтеракції).

Для ефективного проведення занять у відділеннях повинні бути навчальні приміщення, в яких відтворюється обстановка кухні, туалету, ванної кімнати, де хворі навчаються побутовим навичкам, а також спеціалізовані трудові майстерні в реабілітаційних підрозділах. Рекомендована тривалість занять, що проводяться щодня або через день, повинна становити 20–40 хв. Відновлення включає в себе задіявання предметів середовища – пульт управління ліжком, посуд, що розташовується на тумбочці і т.п. Використовують також усі види діяльності доступні лежачому або сидячому пацієнту – читання книг (утримання, перегортання), використання планшетів і смартфонів, хобі (в'язання, плетіння, збирання моделей, шахи, кросворди, збирання пазлів і т.п.). Діяльність повинна бути доступною, такою, щоб пацієнт міг її виконати з підтримкою (психологічною, адаптаційною, технічною) або без, яка не втомить пацієнта, що виконує завдання реабілітації. Розпочинати заняття слід як тільки активні рухи стають доступними для пацієнта.

**Висновок.** Ерготерапія є необхідною складовою реабілітації і важливим засобом покращення якості життя пацієнтів, які перенесли інсульт.

## **ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ІГРОВИХ ВИДІВ СПОРТУ**

**Ліскевич І.І., Кузюк М.М., Іванишин Ю.І.**

*Івано-Франківський національний медичний університет,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

В сучасному професійному спорті спостерігається тенденція підвищення травматизму, пов'язана з надвеликими фізичними навантаженнями, гонитвою за високою результативністю (Hootman J. M., 2007). На думку більшості дослідників, найбільш травматичними, стосовно пошкодження опорно-рухового апарату, вважаються єдиноборства та ігрові види спорту (Ренстрем П. А., 2003; Reeser J. C., 2006). Такі ж негативні тенденції спостерігаються і в дитячих ігрових видах спорту. Травми в дитячому спорті неминучі, вони практично ніколи не минають без наслідків, зокрема травма 1 сегменту кінцівки в підвищує ризик травми в інших сегментах цієї кінцівки та в ін-

шій кінцівці в майбутньому, в т.ч. в дорослій кар'єрі (Черноусов Я., 2020).

На підставі роботи з юними футболістами/футзалістами дитячої академії НФК «Ураган» та ФАПФ протягом 3-х років, ретельного аналізу травматизму, нами вибудована система медичного супроводу, превенції травматизму та реабілітації після отриманої травми. На нашу думку, надзвичайно важливим є взаємодія між усіма учасниками процесу, зокрема: спортивний лікар, тренер, фізичний терапевт, тренер ЗФП. У відновному періоді після травми важливим є момент переходу від реабілітаційних занять з фізичним терапевтом до занять із тренером ЗФП. Вважаємо, що саме відсутність етапності та послідовності є передумовою неповного функціонального відновлення та підвищеного ризику травматизму в майбутньому.

Також нами впроваджено у рутинну практику проведення скринінгу для виявлення дітей з підвищеним ризиком травматизму: аналіз складу тіла за допомогою біоімпедансометрії, FMS-тестування, які проводяться двічі протягом сезону, а дітям з виявленими ризиками – за індивідуально встановленою програмою. Ці методики, поряд із проведенням медичних оглядів (двічі протягом сезону), дають можливість динамічно реагувати на зміни функціонального стану юних спортсменів, коректувати тренувальний процес та здійснювати превенцію травматизму.

## **РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

**Лобанова О.О., Лотовська Т.В., Чайгирева Л.В.**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

Захворювання бронхо-легеневої системи становить чималу медико-соціальну проблему. В даний час вони займають четверте місце в структурі основних причин смертності населення, і ще частіше є причиною зниження працездатності та інвалідності. Цьому сприяють збільшені темпи забруднення повітря, обсяги використання хімічних речовин на виробництві, в сільському господарстві і побуті. Під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів змінився характер перебігу запальних захворювань, зросла кількість дітей з підвищеною бронхіальною реактивністю. Для захворювань бронхолегеневої сис-

теми в даний час характерна схильність до затяжного хронічного перебігу, раннє приєднання алергічних ускладнень.

Але давайте спочатку оцінемо можливості дихальної функції і органів дихання у дітей. До найбільш характерних з них відносяться менші розміри органів дихання і відповідно менша величина ЖЄЛ в порівнянні з дорослими. Аеродинамічний опір у дітей з розрахунку на одиницю маси легень менше, ніж у дорослих, так само, як і довжина бронхів, носові і легеневі ходи порівняно вужчі. По мірі росту дитини зміцнюється дихальна мускулатура і збільшується об'єм легень, до 3–4 років встановлюється грудний тип дихання, до 6 – завершується будова легеневої тканини. Дихання дитини більш поверхневе, ніж у дорослої людини. Підвищена в порівнянні з дорослими частота дихання дозволяє дитині підтримувати стабільний рівень газообміну.

Останнім часом найбільш актуальним є коронавірусна інфекція і її клінічний прояв – пневмонія. Тому розглянемо більш детально реабілітацію після неї.

Метою реабілітації є відновлення функції дихання, відновлення фізичної активності, стійкості до навантажень, подолання стресу, неспокою або депресії. Пацієнти на реабілітації використовують дихальні практики, тренують дихальні м'язи.

Головна проблема після перенесеної коронавірусної інфекції – організм не отримує достатньої кількості кисню. Мета реабілітації після COVID-19:

- відновлення дихальної функції;
- повернення фізичної активності;
- зниження рівня занепокоєння;
- підвищення стійкості до навантажень;
- профілактика ускладнень.

**Завдання реабілітаційних програм:**

- Відновлення роботи легенів в повному обсязі;
- Усунення залишкових симптомів, таких як тривалий кашель;
- Профілактика розростання сполучної тканини і формування пневмофіброзу, спайок в плевральній порожнині;
- Лікування імунодефіциту після перенесеного запалення;
- Лікування дисбактеріозу після антибіотикотерапії;
- Попередження повторного розвитку запального процесу в легенях;
- Зменшення інтоксикації, зниження кількості ускладнень.



Оздоровлення після перенесеної пневмонії бажано проводити курсами. По закінченню 10 процедур зробити перерву на 3–5 днів і повторити курс. Загальна тривалість постковідної терапії займає від 2 тижнів до 3 місяців.

Завдання ЛФК при захворюваннях органів дихання.

1. Удосконалення (нормалізація) вищих регуляторних механізмів центральної нервової системи.

2. Поліпшення психічних процесів – вольових, відчуття, сприйняття та ін.

3. Виготовлення та закріплення звичок самоконтролю, саморегуляції, керування диханням, розслаблення м'язів.

4. Удосконалення діяльності та збільшення функціональних можливостей дихальної системи (збільшення ЖЕЛ, легеневої вентиляції, екскурсії грудної клітки і передньої черевної стінки (діафрагми), покращення газообміну, зміцнення м'язів, які беруть участь в диханні).

5. Поліпшення акту дихання (ритму, глибини, плавності).

6. Загальне зміцнення і загартування організму. Підвищення опірності до простудних захворювань.

Лікувальна дія фізичних вправ при захворюваннях органів дихання обумовлена надходженням імпульсів від рецепторів м'язів у вищі відділи центральної нервової системи.

Широкий спектр дихальних вправ включає: звукову гімнастику з вимовою шиплячих, свистячих, які викликають тремтіння голосової щілини і вібрацію бронхіального дерева, що знижують тонус гладкої мускулатури; вправи з подовженим видихом, з затримкою дихання на видиху; дренажні вправи. Пропонується використовувати метод вольового управління диханням (модифікований метод К.П. Бутейко), спрямований на усунення психоемоційного напруження, придушення нав'язливого покашлювання. Поступово збільшується час затримки дихання від 4–5 до 15–30 с, також можна використовувати гімнастику за Стрельніковою, крім цього використовується велоергометрія: 1–2 рази на день з розрахунку 1,5 Вт/кг при швидкості обертання педалей 60 об./хв, по 10–20 хв. Курс лікування 2 тижні. Рекомендується вдихання газових сумішей зі зниженим вмістом кисню до 12–15 %.

**Висновок:** Використання простих методів відновного лікування приводить до стійкого покращення функції органів дихання і попередження загострення.

## ПЛОСКОСТОПІСТЬ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ І ЇЇ КОРЕКЦІЯ МЕТОДАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

**Юрій Лях<sup>1</sup>, Оксана Усова<sup>2</sup>, Марина Лях<sup>1</sup>,  
Вікторія Мельничук<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Науково-дослідний центр інноваційних та неінвазивних технологій  
в охороні здоров'я, Національний університет «Острозька академія»,  
Острозьк, Україна*

*<sup>2</sup>Центр фізичної терапії та ерготерапії, Волинський національний  
університет імені Лесі Українки, Луцьк, Україна*

Рухова активність спонукає людей дотримуватись багатьох компонентів здорового способу життя, але з іншого боку, високий ступінь динамізму молодих людей часто супроводжується низкою розладів (Дудка М., 2015). Для прикладу, неконтрольовані заняття бігом призводять до перенавантаження колінних суглобів з можливим подальшим розвитком захворювання. Пошкодження органів опори, в свою чергу, призводить до серйозних функціональних порушень рухового апарату, зниження тонуусу і сили м'язів що в подальшому може призвести до складних патологій і втрати працездатності. Найбільш поширеним функціональним порушенням яке може бути пусковим фактором для розвитку більш серйозних патологій ОРА є деформація стопи та плоскостопість. Стопа забезпечує стато-локомоторну функцію опорно-рухового апарату, при її деформаціях змінюється і характер ходьби, що в свою чергу збільшує динамічне навантаження на весь опорно-руховий апарат. Набута статична плоскостопість доволі часто зустрічається серед молодих людей. Фактори, які призводять до такої патології, це в першу чергу, надлишкова маса тіла, носіння тягарів, надмірне щоденне ходіння в некомфортному взутті.

Метою дослідження було проаналізувати поширеність плоскостопості серед молодих людей в залежності від їх щоденної активності.

Для цього опитано 49 людей молодого віку (16–23 роки) з них 31 жінка та 18 чоловіків. За самооцінкою учасники дослідження були здоровими, вели активний спосіб життя та носили зручне взуття без підборів. Форму стопи визначали за допомогою плантографії та оцінювали за індексом Чижина. Щоденну рухову активність визначали за кількістю кроків, які фіксували фітнес браслетом Mi Band. Статистичну обробку даних проводили в пакеті MedStat (Лях Ю., 2006).

За результатами дослідження у 65 % учасників індекс Чижина відповідав нормальній стопі, тоді як у 35% були порушення, які класифікувалися як плоска стопа та плоскостопість. Гендерних відмінностей не виявлено. Була виявлена статистично значима різниця ( $p < 0,001$ ) між значеннями індексу Чижина та кількістю кроків, які учасники проходили за день. Так, в групі, де індекс Чижина відповідав нормі – 8 (0,6; 0,9), кількість кроків в день становила в середньому 12 796 (9 617; 15 861). В групі, де індекс Чижина становив 1,2 (1,2; 1,3) що відповідає сплюсненій стопі, кількість кроків порівняно з нормою, була меншою – 10 044 (7 695; 14 000). В групі учасників з вираженою плоскостопістю (індекс Чижина 3 (2,3; 3,3)) кількість кроків суттєво знижувалась від норми і становила 6 734 (5 539; 14 745).

За рекомендаціями ВООЗ, кількість кроків, які людина повинна робити в день, в середньому становить 10 000. Люди з порушеннями склепіння стопи в силу своїх функціональних можливостей виконують значно менше норми. Це пов'язано, в першу чергу, із слабкістю м'язів, які підтримують склепіння стопи, порушенням паттерну кроку, а також з індексом маси тіла.

Для корекції структурних відхилень від норми та для запобігання розвитку подальших патологічних змін в опорно-руховому апараті, ми проводили навчання учасників щодо комплексності засобів фізичної терапії. Щоденні заняття терапевтичними вправами спрямованими на зміцнення сили м'язів стопи, фізіотерапевтичні процедури, масаж, заняття з використанням допоміжних засобів, таких як ортопедичний килимок, баланс-платформа, носіння спеціального ортопедичного взуття сприятимуть швидкому відновленню та суттєво покращать якість життя людини в цілому.

## ВПЛИВ НОВИХ ПІДХОДІВ ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Макарчук Н. Р., Бакалюк Т. Г., Мартинюк Л. П., Стельмах Г. О.

*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

**Вступ.** Поширеність цукрового діабету (ЦД) різко зростає через збільшення ожиріння і відсутність фізичних вправ. Одним із найбільш поширених і тяжких у лікуванні ускладнень ЦД є діабетична полінейропатія (ДПН), яка характеризується прогресуючою загибеллю нервових волокон та призводить до порушень вібраційної, тактильної, больової та температурної чутливості, зокрема її дистальна форма. Саме тому велике значення у хворих на ЦД надається своєчасній діагностиці ДПН та коректному лікуванню.

**Мета** – дослідити вплив комплексного лікування на показники якості життя у хворих з діабетичною полінейропатією шляхом включення до стандартних медикаментозних схем лікування реабілітаційних підходів із збільшенням фізичної активності.

**Матеріали і методи.** Обстежено 117 хворих на ЦД 2 типу та ДПН. Середній вік  $60,3 \pm 4,3$  роки. Тривалість ЦД склала від 4 до 23 років (середня тривалість  $10,9 \pm 5,7$  роки), а ДПН – середня тривалість  $5,9 \pm 2,5$  роки.

Обстежені були розподілені на 4 групи: до контрольної групи (I група) увійшло 32 пацієнтів, які отримували стандартне лікування згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. 32 пацієнтам II дослідної групи додатково було призначено 12 щоденних лікувальних процедур поляризуючим світлом. 31 пацієнту III групи та 22 пацієнтам IV групи окрім стандартного лікування та процедур поляризуючим світлом було призначено дозовану лікувальну ходьбу (на тредмілі) 3 рази в тиждень № 12 (III група) або Скандинавську ходьбу (СХ) 3 рази в тиждень № 12 (IV група).

Для оцінки якості життя використовували опитувальник EQ-5D-3L.

Аналіз й обробка статистичних даних клінічних обстежень проводились на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм STATISTICA 10 та MS Excel XP.

**Результати дослідження.** Застосування додатково до протокольних схем лікування поляризуючого світла та дозованої лікувальної ходи або поляризуючого світла та Скандинавської ходьби сприяє позитивній динаміці показників якості життя пацієнтів та збереженню клінічного ефекту при збільшенні фізичного навантаження у хворих на цукровий діабет 2 типу з ДПН, що підтверджується достовірно позитивною динамікою таких блоків опитувальника EQ-5D-3L, як рухового (у 2,3 раза,  $p < 0,05$ ), догляду за собою (у 1,4 раза,  $p < 0,05$ ), звичайна повсякденна діяльність відновилася у (у 2,9 рази  $p < 0,05$ ) зменшення частоти дискомфорту (у 4,2 раза,  $p < 0,05$ ) та тривожно-депресивних станів (у 2,7 раза,  $p < 0,05$ ).

#### **Висновок.**

Застосування поляризуючого світла та лікувальної дозованої ходьби або поляризуючого світла та Скандинавської ходьби додатково до стандартної терапії вірогідно ефективніше впливає на показники якості життя в порівнянні із протокольними медикаментозними схемами лікування.

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ МІОКАРДИТІВ**

**Миндзів К.В., Ярема Н.І., Попович Д.В., Коцюба О.І.**

*Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Міокардит – це ураження серцевого м'язу переважно запального характеру, що зумовлене безпосередньою дією низки чинників, або опосередкованими імунними механізмами і може бути спричиненим практично всіма відомими інфекціями. Щорічно у світі діагностується близько 1,5 млн випадків міокардиту. До того ж він є основною причиною раптової коронарної смерті, дилатаційної кардіоміопатії та важкої серцевої недостатності у людей працездатного віку.

Лікування міокардиту, за сучасними рекомендаціями, відрізняється залежно від етіології, характеру перебігу захворювання та поширеності. Проте, алгоритми реабілітації міокардиту на сьогоднішній день не розроблені. Гострий міокардит є абсолютним протипоказом до фізичного навантаження. У період одужання рекомендованим реабілітаційним заходом є фізичні вправи для дрібних м'язових груп,

а також дихальні вправи помірної глибини, оскільки інтенсивна фізична активність посилює запальну реакцію та ушкодження міокарда, викликає аритмії та інші ускладнення. Так, в гострому періоді призначається ліжковий режим впродовж 2–5 тижнів, а при тяжкому перебігу цей термін подовжується до 8 тижнів і більше. У реабілітації хворих з міокардитом важливим є поступове відновлення фізичної активності, що бере свій початок з моменту нормалізації ЕКГ, а також нормалізація маркерів запального процесу (ШОЕ, С-реактивний протеїн) і ушкодження міокарду (тропоніни), зникнення симптомів серцевої недостатності. За основу реабілітаційних заходів у хворих з хронічним міокардитом та міокардіофіброзом застосовуються принципи фізичної реабілітації пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю та стабільною гемодинамікою, що сприяє зменшенню симптоматики та знижує функціональний клас серцевої недостатності. У хворих зі зниженою фракцією викиду помірні аеробні навантаження суттєво покращують якість життя, а також відмічається достовірне зниження кількості повторних госпіталізацій у таких пацієнтів. Орієнтовним терміном відновлення інтенсивної фізичної активності після перенесеного міокардиту є період від 3 до 6 місяців після одужання за умови відсутності відносних, чи абсолютних протипоказів до фізичного навантаження.

## **ПРІОРИТЕТИ У ВИБОРІ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ**

**Назарук В.Л., Новакова Л.В., Судомир Т.І.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Необхідність оздоровчої спрямованості фізичного виховання в умовах навчання у вищому медичному навчальному закладі викликана ситуацією, що склалася зі станом здоров'я населення України. За рекомендаціями ВООЗ, для підтримки оптимальної життєдіяльності студентів є необхідність в щоденній фізичній активності помірної та високої інтенсивності мінімум 60 хвилин на добу [1, с. 134; 2, с. 401]. Однак, спостереження за руховою активністю студентів із 105 країн свідчать про те, що близько 80 % не досягають рекомен-

дованого рівня. Не випадково сьогодні в документах ВООЗ заходи по підвищенню рухової активності населення Європи визнаються в якості одного із найбільш економічно ефективних підходів охорони здоров'я населення [3].

**Мета дослідження** – визначити пріоритети студентів 2 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» у виборі видів фізкультурно-оздоровчої діяльності та масового спорту.

Результати анкетування засвідчили, що у студентів хлопців найбільш популярними видами масового спорту є такі командні та спортивні ігри, як Волейбол (27,3 %), Футбол (23,3 %) та Баскетбол (9,6 %). Значно меншою популярністю у хлопців користуються індивідуальні спортивні ігри Настільний теніс (13,6 %), Теніс (4,1 %) та Бадмінтон (1,4 %).

Серед індивідуальних видів масового спорту найбільшої популярності у майбутніх терапевтів хлопців користуються Важка атлетика (6,9 %), Плавання (5,5 %), Легка атлетика (2,7 %) та Гімнастика (1,4 %).

За результатами опитування майбутніх терапевтів дівчат ми отримали дещо інші результати: найбільш популярними видами масового спорту є такі командні та індивідуальні спортивні ігри як Волейбол (27,3 %), Теніс (12,3 %), Баскетбол (10,8 %), Футбол (6,2 %), Бадмінтон (4,6 %). Що стосується вибору студентками індивідуальних видів, ми отримали наступні результати Гімнастика (12,3 %), Плавання (10,8 %), Черлідінг (6,2 %), Фітнес (3,1 %), Балет (3,1 %), Легка атлетика (1,5 %), Шашки (1,5 %)

**Висновки.** Для покращення процесу фізичного виховання студентів, вважаємо за необхідне враховувати інтереси студентів щодо вибору спеціально організованої рухової активності. Беручи до уваги сучасні вимоги до підготовки фахівця з фізичної терапії та інтереси студентів, вважаємо за необхідне введення в програму підготовки студентів 3 курсу спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» дисципліни «Оздоровчо-реабілітаційне плавання». Перспективи подальших досліджень вбачаємо у визначенні домінуючих мотивів до занять спеціально організованої рухової активності та причини, які заважають це зробити.

## Джерела та література

1. Круцевич Т. Ю. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення : навч. посіб. / Т. Ю. Круцевич, Г. В. Безверхня. – К. : Олімп. л-ра, 2010. – 248 с.
2. Мосейчук Ю. Ю. // Формування мотиваційних потреб студентської молоді до фізкультурної діяльності / Ю. Ю. Мосейчук // Науково-педагогічні проблеми фізичної культури: Фізична культура і спорт / [за ред. Г. М. Арзютова]. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2011. – С. 400-403.
3. Ткачук О. Г. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі з фізичного виховання: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Київ, 2019. 274 с.

## ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДИНАМІЧНОГО СТЕРЕОТИПУ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ПРОСТАВИ, ПЛОСКОСТОПІСТЮ ТА ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Наконечна С.П.

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

Соматичне здоров'я молоді та, зокрема, студентства, є актуальною проблемою та предметом першочергової важливості, оскільки воно визначає майбутнє країни, генофонд нації, науковий та економічний потенціал суспільства. Сучасні наукові дослідження демонструють, що студенти складають особливу соціальну групу, об'єднану певним віком, специфічними умовами праці та життя. Їх стан здоров'я в основному визначається способом життя, який впродовж останнього десятиліття докорінно змінився,

**Мета дослідження:** оцінити ефективність корекції рухового стереотипу студентів з порушеннями постави, плоскостопістю та ожирінням засобами фізичної терапії.

**Матеріал і методи.** Обстежено 110 студентів I курсу. Контрольну групу склали студенти з нормальною масою тіла, нормальною поставою та без ознак плоскостопості. Групу порівняння склали студенти з ожирінням, порушеннями постави у сагітальній площині та плоскостопістю. Групу 1 склали студенти, які виявили бажання



корегувати діагностовані порушення самостійно та/або у самостійно обраних реабілітаційних закладах та/або під час аудиторних занять фізичним вихованням. Групу 2 склали студенти, які проходили програму фізичної терапії тривалістю 6 місяці, що включала кінезітерапію, масаж, кінезіологічне тейпування, модифікацію харчування, поведінкову психокорекцію. Руховий стереотип оцінювали за Functional Movement Screen.

**Результати.** У студентів з порушенням постави, плоскостопістю та ожирінням виявлено порушення рухового стереотипу, що стверджено на основі гірших результатів всіх тестів Functional Movement Screen ( $p < 0,05$ ) відносно показників своїх здорових однолітків. Аналізуючи гендерну різницю у результатах виконання тестів, було встановлено, що хлопці легше виконували вправи, пов'язані із реалізацією сили (6, 7 тести), а дівчата – гнучкості (2, 5 тести). Розроблена програма фізичної терапії із застосуванням функціонального тренування на платформі «Prosedos», масажу, кінезіологічного тейпування, модифікації харчування, поведінкової психокорекції виявила статистично значуще кращий вплив на всі характеристики рухового паттерну студентів у порівнянні із результатами осіб, які займались самостійно або за неспеціалізованими програмами ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Впродовж навчання у вищих навчальних закладах студенти із відхиленнями у стані здоров'я потребують посиленої уваги у контексті виявлення та корекції патологічних змін, що є наслідком хронічних захворювань, зокрема, засобами фізичної терапії.

## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

**Новакова Л.В. , Назарук В.Л., Судомир Т.І.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Актуальність проблеми виховання культури здорового способу життя стоїть сьогодні на першому місці, поряд з навчальним процесом. Тому необхідне створення умов для реалізації конституційного права громадян на заняття фізичною культурою і спортом, поліпшення показників фізичної підготовленості та здоров'я населення,

залучення широких мас населення, перш за все дітей та підлітків, до систематичних занять фізичною культурою і спортом. Основна мета політики держави у сфері фізичної культури – оздоровлення нації, формування здорового способу життя населення, гармонійне виховання здорового, фізично міцного покоління.

Актуальність проблеми формування культури здоров'я особистості пояснюється рядом суперечностей: між потребами суспільства у здорових громадянах і неухильним погіршенням їх здоров'я; між потребами виробництва у здорових фахівцях і відсутністю методик їх оздоровлення під час навчання у вищій школі; між природним бажанням людини бути здоровою і її знаннями про здоров'я та вмінням його зберігати і зміцнювати [2].

Аналіз стану здоров'я школярів, що вступають до вузів, свідчить про те, що мало хто починає своє студентське життя абсолютно здоровим. Рівень здоров'я молоді багато в чому обумовлений відсутністю у студентів інтересу до своєї особисті в загальному, зокрема до культури здоров'я [1].

Вчення про здоров'я бере свій початок ще у Стародавніх Греції і Римі. Кризь століття до нас дійшов античний афоризм: «У здоровому тілі – здоровий дух». Ще Аристотель вважав, що фізичне, моральне й розумове виховання взаємопов'язані. Сьогодні науковці, зокрема Тетяна Ротерс, продовжують наголошувати на тому, що «у сучасних умовах розвитку суспільства значення духовного життя особистості у тісному зв'язку з його фізичним розвитком, культурою здоров'я» [3].

Здоров'я – одна з фундаментальних загальнолюдських цінностей. Тому, одним з пріоритетних напрямків реформування освіти сьогодні є «забезпечення у кожному навчально-виховному закладі відповідних умов для навчання і виховання фізично і психічно здорової особи». В першу чергу це відноситься до вищих навчальних закладів, покликаних формувати валеологічний світогляд та культуру здоров'я майбутніх спеціалістів.

На сучасному етапі розвитку суспільства особливо гостро постає проблема особистості людини, формування її як індивідуальності. Потребують уваги питання, котрі стосуються людського прагнення до самовдосконалення. Формування високодуховної особистості допоможе людині визначитися в сучасному світі.

Потрібно спрямовувати студентів, на те що вищий навчальний заклад дає не тільки знання, а й максимально сприяв формуванню осо-

бистості студента, зміст вузівської освіти не повинен формуватися лише на основі науки, а й відображати різні сфери духовної культури, у тому числі фізичної культури .

### **Список літератури**

1. Амосов М. М. Здоров'я / М. М. Амосов. – К. : КП «Дім, сад, город», 2011. – 147 с. – (Б-ка «Дім, сад, город»)
2. Амосов М. М. Роздуми академіків М. М. Амосова і О. І. Ахієзера про життя та науку / М. М. Амосов, О. І. Ахієзер // Світогляд. – 2006. – № 2. – С. 30 – 33.
3. Ротерс Т.Т. Науково-дослідна робота студентів у контексті професійної підготовки / Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка № 8 (267), Ч. І, 2013.

## **ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ З ВІДСТАВАННЯМ СТАТОКІНЕТИЧНОГО РОЗВИТКУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

**Окушко Д.<sup>1</sup>, Семків Л.Б.<sup>2</sup>, Кубей І.В.<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

*<sup>2</sup>Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини*

Щороку в Україні приблизно 5 % дітей народжуються передчасно. Із них 1,5 % — це діти з дуже малою та надзвичайно малою масою тіла. Завдяки прогресивному розвитку перинатальної медицини та вдосконалення методів виходжування новонароджених спостерігається зниження частоти хвороб перинатального періоду у зазначеній категорії дітей. Однак у цих пацієнтів спостерігаються порушення розвитку, що потребує своєчасної діагностики та корекції.

У «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини» звернулася мама з дівчинкою 6 міс зі скаргами на відставання в статокінетичному розвитку та неможливість самостійного харчування

З анамнезу відомо, що дитина народилася передчасно в терміні гестації 34 тижні. Після народження у дитини діагностовано атрезію хоан, з приводу чого було проведено оперативне втручання. У зв'язку з цим дівчинка перші 15 днів свого життя перебувала на

ШВЛ. Вагітність проходила без особливостей до 6 місяця, коли мама перехворіла на COVID-19.

При огляді виявлено наступні патологічні симптоми: горизонтальний ністагм, виражена дифузна м'язова гіпотонія, контроль голови відсутній, тракція від'ємна, відсутній ковтальний рефлекс і дитина харчується через шлунковий зонд. Виставлено діагноз: Q34 (інші вродженні аномалії розвитку органів дихання). Міотонічний синдром з вираженою затримкою статокінетичного розвитку змішаного генезу.

Дитині було призначено курс реабілітації і виставлено основні цілі: переведення на самостійне харчування, покращення стану м'язів (згиначів, розгиначів, аддукторів, абдукторів, пронаторів та супінаторів на верхній та нижній кінцівці), укріпити контроль голови дитини. Реабілітація проводилася протягом 10 днів і щоденно дитина отримувала: логопедичний масаж та масаж обличчя, стимулюючий масаж шийно-комірцевої зони, поперекової ділянки та прихребтових зон, загальний масаж верхніх та нижніх кінцівок, терапевтичні вправи на фітболі, пасивну гімнастику та кінезіологічне тейпування грудинно-ключично-соскоподібного м'язу та трапецієвидного м'язу. Правильне позиціонування дитини під час годування досягалось методом укладки дитини на функціональне крісло зі змінним кутом нахилу спинки.

Після 1 курсу реабілітації у дитини покращився контроль голови (самостійне утримання в положенні на животі 20–30 секунд), збільшився об'єм рухів у кульшових, колінних та ліктьових суглобах, покращився захват кисті, дитина могла самостійно утримувати положення сидячи під кутом 45 градусів з опорою, дівчинка почала самостійно вживати їжу близько 20–30 грам за 1 прийом (через 2 тижні об'єм збільшився до 60–80 грам за 1 прийом. Мама вдома самостійно продовжувала виконувати вправи протягом 1 місяця (за спрощеним варіантом).

Через 4 тижні було проведено повторну реабілітацію, яка включала ті ж процедури. По завершенню повторної реабілітації дитина могла з'їдати самостійно по 100–120 грам їжі, збільшилась м'язова сила на верхніх та нижніх кінцівках, укріпився м'язовий корсет.

Через недостатню кількість вживаної їжі дитина почала втрачати вагу та її було направлено до нутріціолога з метою правильного підбору харчування.

Таким чином, правильно поставлені цілі та методи реабілітації дозволили в короткий термін досягнути основної мети – перевести дитину на вигодовування з пляшечки та покращити стато-кінетичні показники.

## **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ДАПАГЛІФЛОЗИН (ФОРКСІГА) ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З КАРДІО-РЕНО-МЕТАБОЛІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

**Оринчак М.А.<sup>1</sup>, Артеменко Н.Р.<sup>1</sup>, Човганюк О.С.<sup>1</sup>,  
Гаман І.О.<sup>1</sup>, Лосюк Л.В.<sup>2</sup>, Кобринська О.Я.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет,*

*<sup>2</sup>Центральна міська клінічна лікарня Івано-Франківської міської ради,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

**Актуальність.** Кардіо-рено-метаболічні захворювання(КРМз) визнані провідними причинами смерті у всьому світі. Зокрема, в США кожний 9-ий пацієнт помирає від серцевої недостатності (СН). Цукровий діабет (ЦД) є 7-ою причиною смерті у всьому світі. Смертність від хронічної хвороби нирок (ХХН) подвоїлась за останні 30 років. Поєднання таких патологічних станів у одного пацієнта вимагає спільного патогенетично обґрунтованого лікування, реабілітації на різних етапах. Цим умовам відповідає препарат дапагліфлозин, перший із нового класу цукрознижуючих препаратів інгібіторів натрійзалежного ко-транспортера глюкози 2 (iНЗКТГ2), що володіє потужним кардіоренальним захистом у хворих з та без ЦД 2 типу.

**Мета повідомлення.** Оцінка особливостей фармакодинаміки дапагліфлозину при довготривалому застосуванні у хворих з кардіорено-метаболічним захворюванням на клінічному прикладі.

**Матеріали і методи.** Обстежено 53 хворих на ХН III–Vд стадії (чоловіків – 25, жінок – 28; вік (52±7,3) років). У 1 групу включено 21 хворих на ХХН III–IV стадії (додіалізний період), в 2 групу – 32 хворих ХХН Vд стадії на замісній терапії програмним гемодіалізом. Проведено загально-клінічне обстеження, біохімічне дослідження крові: креатинін, сечовина, глюкоза, глікований Нв (HbA1c), калій (К), натрій (Na), паратгормон (iПТГ), УЗД нирок, щитоподібної залози та

розрахунок швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) за СКД-ЕРІ, ЕКГ, ЕхоКГ. Контрольна група – 15 практично здорових осіб.

**Результати.** У обстежених хворих діагностовано ХХН III (ШКФ <30-59 мл/хв) і IV (ШКФ <30–15 мл/хв) – у 21 (40 %), ХХН Vд стадії (ШКФ <15 мл/хв) – у 32 (60 %) випадках. Причинами розвитку ХХН були: хронічний пієлонефрит – 18 (34 %), гломерулонефрит – 6 (11 %), діабетична нефропатія – 12 (23 %), гіпертензивна нефропатія – 14 (27 %), аномалії розвитку нирок – 3 (5 %) випадків.

Пацієнтка А.Г.М., 68 р., звернулась 29.06.2018 з приводу високого АТ, посилення задишки і набряків нижніх кінцівок впродовж двох останніх тижнів. В анамнезі Гіпертонічна хвороба з 47 років (преклімактеричний період), ЦД 2 типу з 52 р., ХХН II–III з 62 р. Гіпертензивна нефропатія з 62 р.. ІХС Стенокардія напруги ФК II-III, СН ФК II, Ожиріння II–III ст. та Варикозна хвороба нижніх кінцівок з 62 р. Лікування: постійна терапія іАПФ (периндоприл/діфорс 5/160), таблетовані цукрознижуючі (глібомет/метформін), сечогінні (фуросемід/торасемід), розувастатин, варфарин, предуктал. За останні 2 роки індекс маси тіла зріс 33,8–39,3 кг/м<sup>2</sup>. Коливання офісного АТ 150-170-220/90-110-120 мм рт. ст. Дестабілізація гемодинаміки метеозалежна та після стресу. Пульс 65–70 уд./хв, ритмічний. Лабораторно: креатинін 123 мкмоль/л, сечовина 12,2 ммоль/л, співвідношення альбумін/креатинін сечі 910 мг/г, глюкоза 8,6 ммоль/л, НbА1с 7,8 %, К 5,2 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, іПТГ 9,09 рmol/l. В динаміці за 2 роки рШКФ з тенденцією до зниження від 63 до 40 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>. ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС 78 уд./хв, гіпертрофія ЛШ. ЕхоКГ: концентрична ГЛШ (ІММЛШ 107 г/м<sup>2</sup>). В динаміці за 2 роки скоротлива здатність міокарду була з тенденцією до зниження: ФВ в межах від 61 % до 54 %. Після включення в лікувальний комплекс дапагліфлозину 10 мг щоденно спостереження проводилось впродовж року з щоквартальним моніторингом показників гемодинаміки, вуглеводного обміну та функції нирок. Пацієнтка відмічала покращення суб'єктивного стану та зменшення задишки, зниження маси тіла на 6 кг, регрес периферичних набряків, стабілізацію АТ на оптимальному для неї рівні 140-150/90 мм рт.ст., глікемії в межах 7–8 ммоль/л., НbА1с 6,8 %. Показник ФВ ЛШ дещо збільшився – 58 %, рівень креатиніну та рШКФ стабілізувався на рівні 40 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>, регрес альбумінурії. Дапагліфлозин добре переносився, небажаних явищ не відмічалось.

**Висновки.** Препарат дапагліфлозин має позитивний кардіопротекторний ефект шляхом гіпотензивної дії, покращення скоротливої функції міокарда, зниження ризику прогресування СН. Нейропротекторний вплив засобу виявляється у зниженні альбумінурії, стабілізації ШКФ, що блокує прогресування ХХН. Покращення метаболічних процесів сприяє оптимізації енергетичного обміну в організмі. Тому препарат класу іНЗКТГ 2 дапагліфлозин рекомендується призначати не тільки як цукрознижуючий, а і як кардіо-ренопротекторний засіб у хворих на ГХ, СН та ХХН.

## **КЛІНІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВІЙНИ**

**Панченко О.А.<sup>1</sup>, Кабанцева А.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Державний заклад «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»*

*<sup>2</sup>Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Одним з основних трендів сучасності є соціалізація інформації, істотне зростання її ролі в життєдіяльності держави, суспільства, особистості. Інформаційні технології дозволяють розширити та підсилити засоби впливу на суспільні та особистісні настрої, сприяючи їх направленню в потрібне русло. Інформація перетворилась в потужну зброю психологічної війни [1, 2]. Психологічна війна, що здійснюється інформаційним способом, в термінології представленого контенту аналогічна інформаційно-психологічній (ІПВ). Під останньою в загальному вимірі визначено: особливий вид суб'єкт-об'єктних відносин, при якому для вирішення протиріч використовуються методи і засоби інформаційного впливу суб'єкту на психічний стан і діяльність об'єкту. Наслідками такого впливу є погіршення психологічного комфорту та психічному здоров'ю людини (інформаційно-психологічна турбулентність, тривога, страх, посттравматичний стресовий розлад).

Питання збереження психічного здоров'я нації та розвитку системи реабілітації в Україні без сумніву можна віднести до найбільш важливих задач не тільки у сфері охорони здоров'я, але й державної політики в цілому. Нові ризики, пов'язані з інформаційно-пси-

хологічною безпекою, в тому числі й бойові дії на Сході України, наслідки ІПВ у вигляді збитку психічному здоров'ю актуалізують перед науковцями, законодавцями, виконавчою владою та причетною спільнотою завдання, що потребують невідкладного вирішення.

Головною метою комплексної системи реабілітації, як результату цілеспрямованих зусиль в медичному, соціальному, педагогічному, економічному аспектах, є саме відновлення і покращення якості життя. Медична складова, будучи базовою в системі реабілітації ставить за мету не тільки відновлення до початкового стану органів і систем, а й визначення межі функціональних можливостей людини в її подальшому повсякденному житті. В ракурсі реабілітаційної допомоги особам, які зазнали збитку психічному здоров'ю, мета реабілітації повинна полягати не тільки у відновленні працездатності, чи порушених функцій, а й у відновленні психологічної цілісності, гідності людини, її соціально-громадської самостійності, самоактуалізації та мотивації бути здоровою. Отже, в тандемі з медичною має виступати психологічна реабілітація, яка в багатьох випадках є провідною. Модель надання медико-психологічної допомоги повинна будуватися на тісній взаємодії лікаря, психолога та реабілітолога. Саме такий підхід здатний забезпечити не тільки своєчасну адекватну медико-психологічну допомогу, а й провести адресні психопрофілактичні та психокорекційні заходи, спрямовані на зниження тяжкості та вираженості психологічних, психічних і психосоматичних наслідків.

На базі державного закладу «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України», створено комплексну модель реабілітації та абілітації, в основу якої покладено медикаментозне лікування, фізіотерапевтичне лікування, психотерапію. Медико-психологічна реабілітація здійснюється шляхом проведення комплексу лікувальних, оздоровчо-профілактичних заходів з максимальним використанням природних лікувальних ресурсів, традиційних та нетрадиційних методів відновлюваного лікування лікарями та іншими фахівцями відповідної спеціальності за напрямком антикризової терапії. Психологічна складова цього процесу представляється діагностикою, корекцією, психопрофілактикою та, за потреби, перенаправлення пацієнта до фахівців психотерапевтичного профілю. На ряду комплексної діагностики оцінки стану соматичного здоров'я пацієнта проводиться психологічна діагностика, що вміщую оцінку психоемоційного стану, встановлення індивідуальних особливостей,



виявлення рівня розвитку когнітивних процесів, а також визначення особистісних ресурсів. Такий підхід, дозволяє виявити не тільки соматичні негаразди пацієнта, а й встановити його психологічні проблеми, знайти пускові психосоматичні чинники, спланувати подальшу роботу (поглиблена психологічна діагностика, консультація психіатра/ психотерапевта, корекційна та психотерапевтична допомога).

Таким чином, організація медичної допомоги та медико-психологічної реабілітації ґрунтується на мультидисциплінарному («бригадному») принципі організації реабілітаційної, медико-психологічної допомоги, що дозволяє комплексно оцінити стан хворого на початку реабілітації, сформувані план проведення й оцінити ефективність реабілітаційних заходів в динаміці й після завершення курсу щодо досягнення мети індивідуальної програми реабілітації (поліпшення психологічного стану хворого або особи з інвалідністю, поліпшення клініко-функціонального стану хворого або особи з інвалідністю, відновлення порушених функцій у хворого) та подальших рекомендацій на наступних етапах реабілітації хворого.

### Список літератури

1. Дубина А. М. Інформаційно-психологічні війни і їх вплив на масову свідомість. Київ: НТУУ «КПІ». 2011. 57 с.
2. Панченко О.А., Антонов В.Г. Реабілітація як складова державної політики у сфері інформаційно-психологічної безпеки. Теорія та практика державного управління. 2020. Вип. 2 (69). С. 8-17.
3. Кабанцева А. В. Информатизация процесса психодиагностики / А. В. Кабанцева, К. Г. Селиванова // Інформаційні системи та технології в медицині: зб. наук. пр. II Міжн. наук.-прак. конф. (ІСМ-2019). – Харків: Нац. аерокосм. ун-т ім. М.Є. Жуковського «Харків. Авіа. Ін.-т», 2019. – С. 41-43.

## ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ COVID-19: ЕТАПНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Полянська О.С., Гулага О.І., Москалюк І.І.

*Буковинський державний медичний університет*

**Актуальність.** Наслідки перенесення інфекції коронавірус SARS-CoV-2 можуть бути настільки серйозними, що вимагають спеціальної реабілітації в стаціонарі, після виписки з лікарні при поєднанні інфаркту міокарді (ІМ) на тлі COVID-19.

**Мета.** Аналіз літературних джерел про реабілітацію пацієнтів при інфаркті міокарда на тлі Аналіз літературних джерел про реабілітацію пацієнтів при ІМ на тлі COVID-19.

**Матеріали і методи.** Проведено огляд літератури за останні 5 років в Pubmed-NCBI, ключовими словами для пошуку були «ІМ», «COVID-19».

**Результати.** Пацієнти на інфаркт міокарда на тлі COVID-19 потребують спеціальних заходів, які починається з огляду спеціалістів мультидисциплінарної реабілітаційної команди: встановлення реабілітаційного діагнозу за МКФ, визначення реабілітаційного прогнозу мультидисциплінарною командою, складання індивідуальної програми реабілітації, оцінювання стану та можливості пацієнта отримувати послугу з медичної реабілітації на амбулаторному або стаціонарному рівні. Реабілітація повинна починатись в гострому періоді хвороби, особливо, в палатах реанімації та інтенсивної терапії, навіть, коли пацієнт знаходиться на штучній вентиляції легень, для профілактики пролежнів, тромбозів, атонії м'язів. З пацієнтом проводиться лікувальна респіраторна гімнастика, позиціонування пацієнта, постуральний дренаж. Якщо у пацієнта на тлі COVID-19 виник ІМ, пацієнта треба вести за програмою ліжкового та розширеного ліжкового режимів під контролем електрокардіограми з застосуванням лікувальної гімнастики № 1 та № 2. В підгострому періоді ІМ застосовується режим напівліжковий та вільний з застосуванням лікувальної гімнастики № 3 та № 4.

**Висновки.** Проведення реабілітаційних заходів за участі мультидисциплінарної команди за участю лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, фізичного терапевта, психолога, інфекціоніста, пульмонолога, кардіолога, психолога, дієтолога може нормалізувати стан пацієнта, попереджувати розвиток фіброзу в легенях, покращувати якість життя після COVID-19 на тлі ІМ.

## ОРТОПЕДИЧНА КОРЕКЦІЯ ЕКВІНУСНОЇ КОНТРАКТУРИ ПРИ САНАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Пчеляков А.В.

*Дитячий клінічний спеціалізований санаторій «Хаджибей», м. Одеса*

Спастичні контрактури і деформації нижніх кінцівок є типовим проявом спастичних форм дитячого церебрального паралічу (ДЦП), що веде до важких стаго-локомоторним порушень і інвалідизації хворих. Важливе значення в цьому має найпоширеніша і часто первинна з контрактур нижніх кінцівок – еквінусна.

**Мета роботи:** підвищення ефективності лікування спастичних форм дитячого церебрального паралічу (ДЦП). Обстежено 24 пацієнти обох статей, які страждають на ДЦП у формі спастичної диплегии у віці 7–11 років. Методи дослідження: клініко-ортопедичні, рентгенологічні (по знімках стоп з навантаженням визначали фронтальний і бічний таранно-п'ятковий кути – ФТПК і БТПК). Ступінь спастичності м'язів визначали за шкалою Ashworth. Функціональні порушення оцінювали за шкалою GMFCS. Інтегральну оцінку стану дітей з ДЦП проводили за розробленою нами шкалою. З усієї групи, 9 пацієнтів пересувалися вільно на відстань до 15–20 м (II рівень), 15 – пересувалися з опорою (III рівень). Відзначався спастичний фіксований еквінус – IV ст. спастичності ( $\angle 7-10^\circ$ ), а також плоско-вальгусна деформація стоп II–III ст. ФТПУ  $\angle 30^\circ$ , БТПУ  $\angle 40^\circ$ . Термін спостереження 1 рік. Всі пацієнти за період спостереження отримали 2 курси відновного лікування в умовах спеціалізованого дитячого клінічного санаторію «Хаджибей».

В процесі санаторного лікування виконувалися сеанси постійного пасивного розтягування (ППР) триголового м'яза гомілки розробленим нами пристроєм. Перші два дні перебування в санаторії процедури носили адаптаційний характер. Потім переходили на час нічного сну. Тривалість ППР – до 6 годин на добу. Тривалість курсу – 10–14 днів, в залежності від ступеня контрактури. Застосування ППР дозволило досягти позитивного результату, який доповнювався і закріплювався після санаторного лікування етапним гіпсуванням і, потім в амбулаторних умовах носінням на час відпочинку полімерних напівтвердих ортезів, використанням ортопедичного взуття. У всіх дітей домоглися нівелювання еквінуса до  $\angle 0^\circ$ . Поліпшення рентге-

нологічних показників полягало в зменшенні ФТПК і БТПК в середньому на  $\angle 5-7^\circ$ . Поліпшили свої рухові можливості з переходом на більш високий рівень GMFCS 16 дітей, без змін – у 8-ми, що при позитивній динаміці клінічних та рентгенологічних показників також розцінювали як поліпшення. Інтегральна оцінка показала збільшення загальної суми балів на  $17,0 \pm 2,1$ .

Функціональне поліпшення з боку стоп полягало в істотному підвищенні їх опороздатності.

Таким чином, ППР триголового м'яза гомілки в комплексі з етапним гіпсуванням та ортезуванням показало свою ефективність в корекції спастичної контрактури гомілковостопного суглоба, що дало можливість поліпшити функціональний результат. Необхідне подальше дослідження з цієї проблеми.

## **БІОАКУСТИЧНА КОРЕКЦІЯ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

**Ребрик Ю.Ю., Ульяницька Н.Я.**

*Волинський Національний університет імені Лесі Українки*

Біоакустична корекція (БАК терапія) є немедикаментозним, неінвазивним методом реабілітації хворих, спрямованим на відновлення функціонального стану центральної нервової системи, сприяє суттєвому підвищенню ефективності медичної реабілітації в комплексній терапії, а при багатьох захворюваннях може використовуватись самостійно.

Це інноваційна методика апаратної терапії. Вона ефективна в лікуванні багатьох порушень, які можуть відбуватися в центральній нервовій системі. Основне завдання методики – відновлення ЦНС і включення в роботу природних резервів організму.

Показаннями для проведення БАК терапії можуть бути різноманітні стани та захворювання організму. Спектр застосування біоакустичної корекції охоплює різні сфери медицини: в нейропсихології (епілепсія, больовий синдром, мігрені, порушення мови, ураження ЦНС, емоційні порушення, нервові тіки, порушення функціонування головного мозку), кардіології (гіпертонія, серцево-судинні патології, постінфарктний період), дерматології (реабілітація пацієнтів з

атопічним дерматитом, псоріазом та парапсоріазом), гастроентерології (виразкова хвороба, гастрити, коліти).

Нами було проведено пілотне дослідження с групою пацієнтів в кількості 17 осіб віком 35–45 років. Кожному з обстежуваних пропонувалось проходження Пітсбурського опитувальника якості сну (PSQI) до проведення БАК терапії. Біоакустична корекція з пацієнтами проводилась курсом 10 процедур через день. Після закінчення курсу БАК терапії ми провели повторне опитування пацієнтів щодо якості сну та покращення самопочуття. За результатами дослідження 100 % пацієнтів відмітили, що час проведений уві сні збільшився, 75 % пацієнтів відмітили значне покращення засинання, сні стали спокійними, сон міцний та глибокий, зранку повноцінне відчуття відпочинку та бадьорості, 25 % пацієнтів відмітили що сон став міцнішим, зранку легше просинатися, але час засинання не зменшився. Загалом, окрім результатів PSQI, 45 % пацієнтів від усіх опитуваних відмітили, що після проведеної біоакустичної корекції у них значно покращився настрій.

Таким чином, ми стверджуємо, що БАК терапію можна розглядати як іноваційну методику в системі фізичної терапії та ерготерапії оскільки методика має благотворний вплив не тільки на роботу нервової системи, а й на весь організм.

## **ЗАСТОСУВАННЯ УНІВЕРСАЛЬНОЇ КАБІНИ ПІДВІСНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ У ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ ДЦП**

**Семенець М.Д. Мисула І.Р.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*

**Актуальність.** Одним із найпоширеніших рухових розладів дитячого віку в Україні є дитячий церебральний параліч (ДЦП). Понад 90 тис. дітей з інвалідністю в Україні, що хворіють на церебральний параліч, мають обмеження функцій опороспроможності та пересування, що ускладнює їх соціальну адаптацію в суспільстві. Ця проблема диктує необхідність розроблення нових та удосконалення уже існуючих методик реабілітаційних програм для відновлення дітей з ДЦП.

**Метою** дослідження є персоналізація методики використання універсальної kabini для підвісної терапії у лікуванні дітей з ДЦП шляхом обрання індивідуальної системи вертикалізації, підвишування та навантаження для кожного пацієнта.

**Матеріали та методи.** Сформовано дві групи пацієнтів. Перша – 7 дітей зі спастичними формами ДЦП, 7–14 років, зі спастичністю м'язів 2 бали (шкала Ashworth), силою м'язів спини 2–3 бали (тест Lovett), за системою класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) – РІВЕНЬ II (ходить з обмеженнями), за системою класифікації мануальних можливостей для дітей з ДЦП (Manual Ability Classification System, MACS) – 2 рівень. Другу групу склали 5 пацієнтів зі спастичними формами ДЦП, 6–16 років, спастичністю м'язів 3 бали (шкала Ashworth), силою м'язів спини 2–3 бали, за системою класифікації великих моторних функцій (GMFCS) – РІВЕНЬ III (ходить з допоміжними засобами), за системою класифікації мануальних можливостей для дітей з ДЦП (MACS) – 3 рівень.

Під час курсу реабілітації використовувалися підвісні системи. Це допомогло оптимізувати інтенсивність фізичних навантажень, створило умови для активної участі дитини в процесі заняття. Підвісна терапія дозволяє досягнути стану «невагомості», дитина може рухатись без страху власти, тим самим відкриваючи можливість максимального пропрацювання всіх необхідних для реабілітації ділянок тіла.

Завдяки індивідуально створеній програмі, виходячи з індивідуальних можливостей та медичних показань, застосовувалися активні і пасивні методи кінезотерапії. Рухові дії спрямовані на покращення кровообігу та живлення тканин, зміцнення м'язового корсету, зняття больового синдрому, в процесі тренувань формуються нові зв'язки між нейронами, тренуються ослаблені м'язи і зменшується напруження з спазмованих, збільшується амплітуда рухів у суглобах. Курс реабілітації додатково включав засоби фізіотерапії, масаж, лікувальну гімнастику.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При систематичних заняттях спостерігалось підвищення сили м'язів спини в середньому на 1 бал у 10 дітей, підвищення ступеня рухових можливостей (GMFM) у всіх дітей з ДЦП в середньому на 10 %, індекс шкали S. Hauser. покращився на 7 % у пацієнтів першої групи, спостеріга-

лося покращення функції стояння, сидіння та успішніше здійснювалася корекція патерну ходьби.

**Висновок.** Застосування персоналізованих систем вертикалізації, підвішування та навантаження в універсальній кабіні для підвісної терапії покращує якість корекції рухового стереотипу у дітей зі спастичною формою ДЦП.

## **ІГРОТЕРАПІЯ, ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ РУХОВОГО РОЗВИТКУ**

**Семеніна Ж.О., Голяченко А.О.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

**Вступ.** Ігротерапія – метод профілактичного та лікувального впливу на дітей і дорослих, що сприяє розвитку та покращенню фізичного, психічного та емоційного стану. Порушення опорно-рухового апарату виникають унаслідок певного захворювання, що призводить до розладу рухових функцій.

**Основна частина.** Реабілітація дітей з затримкою рухового розвитку має кілька аспектів (медичний, моторний, психологічний, соціальний), їхня взаємодія та вплив на відновлення функціональних систем при порушенні рухового розвитку мають бути адаптовані для кожної дитини. Метою нашого дослідження була оцінка ефективності комплексної реабілітаційної програми фізичної терапії дітей з затримкою рухових функцій із застосуванням ігротерапії на прикладі дітей дошкільного віку.

Класифікація ігротерапії виокремлює такі форми ігрової поведінки, як: Маніпулятивна гра; Упорядкування; Функціональна гра; Символічна гра. Використання різноманітних методик у практиці сучасної ігротерапії доповнюється обговоренням і аналізом перебігу ігрового процесу, а саме: розгортання сюжету, послідовність тем; особливості та чисельність предметів ігрової діяльності; просторове розміщення дитини в ігровій кімнаті у процесі гри; стиль ігрової діяльності.

За даними дослідження ігрові заняття для дітей 3–4 років з порушеннями рухової активності дають позитивні результати у випадку

індивідуального підходу, використання різного спектру ігор та залучення різного розвитку дітей, зокрема рухового та емоційного. Ігротерапія в програмі фізичної терапії передбачає проведення пасивних і активних рухів від центру до периферії а також формування нового фізіологічного рухового стереотипу, що собою призводить до відкриття нових функціональних можливостей організму та подальшого розвитку рухової активності.

**Висновки.** Необхідною частиною програми фізичної терапії дітей дошкільного віку з затримкою рухових функцій є ігротерапія, яка формує мотивацію до самостійної рухової активності та є природною діяльністю пацієнтів даної вікової категорії. Даний вид терапії ефективно забезпечує моторний розвиток дітей дошкільного віку та є необхідним засобом програми фізичної терапії.

## РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ З ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

**Ситник О.А., Єжова О.О., Грибініченко А.М., Петренко Н.В.**

*Медичний інститут Сумського державного університету*

**Вступ:** актуальність дослідження обумовлена зростанням захворюваності та смертності від діабету 2 типу в останні десятиліття.

**Мета роботи:** розробити і обґрунтувати програму фізичної терапії при діабеті 2 типу у осіб зрілого віку з ожирінням та оцінити її ефективність.

**Методи дослідження:** опитування, соматометрія, пульсометрія, тонометрія, динамометрія, гоніометрія, функціональні проби.

**Організація дослідження:** у дослідженні взяли участь 60 осіб, з них 40 осіб ГІ та 20 осіб – ГІІ із діагнозом діабету 2 типу з ожирінням. Усі пацієнти дали згоду на участь в дослідженні. Критерій участі: помірний ступінь діабету на етапі компенсації (HbA1c <7 %); ожиріння I–II ступенів (ІМТ 30,0 – 39,9); артеріальна гіпертензія 1 стадії.

Пацієнти ГІІ лікувалися за загальноприйнятою методикою. Програма лікування ГІ складалася з фармакологічного супроводу, дієтичного харчування і тренувальної програми. Мета програми: змен-



шення ваги тіла і покращення функціонального стану киснево-транспортної системи та ОРА.

Диференційований та індивідуалізований підхід реалізовувався шляхом підбору засобів базової та варіативної компоненти комплексної програми фізичної реабілітації. Базова компонента представлена у формі основної програми фізичної терапії при діабеті 2 типу у осіб зрілого віку з ожирінням, дієтотерапії, що мали загальний вплив на діяльність ССС та ОРА. Варіативна компонента передбачала застосування засобів фізичної реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів.

Тривалість програми була розрахована на шість місяців, 5 разів на тиждень. Програма складалася з фізичних вправ помірною навантаження силового і аеробного спрямування та вправ на розслаблення.

Ефективність програми підкреслена позитивними змінами в функціональних системах організму, зменшенням вмісту абдомінального жиру, покращенням стану ОРА, зниженням обхватних розмірів досліджуваних, сприятливими зрушеннями якості життя.

**Висновки.** Комплексна програма фізичної терапії при діабеті 2 типу у осіб зрілого віку з ожирінням позитивно вплинула на функціональні системи організму.

## ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ПІЛАТЕС ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ ФУНКЦІЇ

**Стельмах Г. О.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Останнім часом метод Пілатесу набув великого поширення в фізичних тренуваннях та реабілітації.

Пілатес – це метод тренування з обтяженнями, який працює з вправами на м'язи з малим ударним навантаженням і заснований на ізометричних вправах.

Метод Пілатесу зазвичай використовується фізичними терапевтами з різних причин, наприклад: відновлення після травм, запобігання падінням, м'язовий дисбаланс, корекція постави, загальне зміцнення і багато іншого.

Хоча Пілатес в основному використовується для зміцнення і гнучкості, дослідження також показали, що пілатес покращує дихальну витривалість, об'єм легень і швидкість потоку вдиху і видиху.

«Вдих» – один з основних принципів методу Пілатесу, відомий як «двигун» цього методу. Позитивні ефекти контрольованого дихання включають: зниження стресу; зниження артеріального тиску; покращене фокусування, активація цільових / специфічних м'язів, поліпшення кровообігу і дихання, покращення сили дихальної мускулатури і об'єму легень; зниження ризику серцево-судинних захворювань.

У багатьох дослідженнях було помічено, що Пілатес може бути ефективним для збільшення об'єму і розширення грудної клітини, а також збільшення об'єму легень. Пілатес працює через центр сили тяжіння, що складається з м'язів живота, м'язів попереку та ягодиць, які відповідають за стабілізацію статичного і динамічного тіла, пов'язаного з контролем дихання. Було відмічено, що різні вправи Пілатеса збільшують активацію і залучення м'язів черевного преса. Ці м'язи важливі для дихання, як на видиху, так і на вдиху, завдяки полегшенню роботи діафрагми. Зміцнення м'язів живота може допомогти поліпшити дихальну функцію, що призведе до збільшення об'єму і ємності легень. Результати досліджень, підтверджують спостереження авторів про те, що Пілатес сприяє зміцненню м'язів черевного преса і що поліпшення діафрагмальної функції може привести до позитивних результатів для дихальної функції, тим самим покращуючи функціональні можливості.

Отже, метод Пілатесу, як додатковий метод тренування, може бути корисний для легеневої функції і функціональних можливостей у дорослих з різною патологією.

## **СТРІЧКА МЕБІУСА ЯК НАОЧНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ**

**Страшко Є.Ю., Кондратьєва Є.О., Мороховець Г.Ю.**

*Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна*

Впровадження міжнародних стандартів реабілітації в галузі охорони здоров'я в Україні потребує свідомого переосмислення бага-

тьох сталих підходів до самого процесу реабілітації, а також ментальних змін в учасників реабілітаційного процесу.

Для оптимізації персональних реабілітаційних програм в охороні здоров'я, за для додаткової візуалізації навчально-практичних заходів було запропоновано розглядати реабілітаційний процес як «ментальний та руховий діалог», а також використовувати топологічний об'єкт – стрічку Мебіуса як наочну, мультивекторну, міждисциплінарну, пластичну модель реабілітації.

Стрічка Мебіуса є топологічним об'єктом – тривимірною поверхнею з однією стороною та однією межею, наділеною математичною властивістю неорієнтованості. Використовуючи стрічку Мебіуса в цілісній формі, ми можемо демонструвати безперервність, гнучкість, багатовекторність, поступовість процесу реабілітації, а також реабілітаційний діалог та комплаєнс.

За рахунок властивості хіральності стрічки Мебіуса гіпотезуємо, загальний реабілітаційний процес необхідно розглядати у кількох площинах одночасно, в залежності від обраної вісі, шляхом обертання та лінійного переміщення об'єктів процесу.

В разі необхідності, розділивши вздовж стрічку навпіл, ми маємо наочний варіант процесу (за рахунок подовження поверхні стрічки вдвоє), який потребує мобільної корекції реабілітаційної програми, можливої зміни напрямку і послідовності реабілітаційних втручань, моделювання варіантів «віддалення-наближення» учасників реабілітаційного процесу, використання принципу «час та відстань» в його різних модифікаціях, додаткового залучення спеціалістів.

Якщо розділену вздовж стрічку ще раз так само розрізати, то утворюються дві стрічки, намотані одна на одну, що дозволяє моделювати складні процеси методами взаємного «контакту-неконтакту», «зміни ролей», залучення родинних та соціальних чинників впливу, введення «персональної дорожньої карти».

Для детальнішого унаочнення процесу на стрічку доречно наносити умовні позначки, вектори, маркери персональної та групової відповідальності.

Узагальнюючи вищевказане, вважаємо доречним доповнювати навчальні матеріали для здобувачів освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти та здобувачів післядипломної освіти діловими іграми із використанням математичної моделі, побудованої на принципах стрічки Мебіуса.

У перспективі запропонована модель може виступати в ролі навчального засобу, що має ряд переваг:

– відтворення моделі стрічки Мебіуса є недорогою вартісним, не є складним у виконанні;

– складний, на перший погляд процес, спрощується завдяки математичній логіці, послідовності, креативності, ігровій формі.

Також вважаємо за доцільне запропонувати використовувати в реабілітаційній риторичі терміни «реабілітаційний діалог», «мебіус-моделювання» реабілітаційного процесу.

### Література

1. Brown, P. (2013). A Mobius strip of scientific imagination. *EMBO Reports*, 14(11), 959–963. doi:10.1038/embor.2013.154.
2. Traxler K, Schinabeck F, Baum E, Klotz E, Seebacher B. Feasibility of a specific task-oriented training versus its combination with manual therapy of balance and mobility in people post stroke at the chronic stage: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Pilot Feasibility Stud.* 2021;7(1):146. Published 2021 Jul 27. doi:10.1186/s40814-021-00886-0

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛФК І МЕХАНОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

**Струков А.К., Мисула І.Р.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Проблема остеохондрозу не тільки не втрачає своєї актуальності в наш час, але й навпаки, привертає увагу тим що ця хвороба зачіпає всі вікові групи населення. Остеохондроз – це дегенеративний процес в міжхребцевих дисках, що у свою чергу, призводить до вторинного розвитку компенсаторних змін в структурному апараті хребта.

**Опис методик.** Під спостереженням знаходилося 10 хворих чоловічої статі у віці від 40 до 50 років (середній вік складав  $43,7 \pm 0,8$  роки) з давністю захворювання від одного до семи років. Перебіг захворювання у 7 хворих був рецидивуючим, у 3 – затяжним. Заняття ЛФК включали в себе вправи для дрібних і середніх м'язових груп та суглобів, вправи на розслаблення м'язів плечового поясу

та верхніх кінцівок. Всі вправи виконувалися лежачи або сидячи. В міру зменшення больового синдрому додавалися вправи на зміцнення м'язів плечового поясу статичного та динамічного характеру. Методику занять змінювали поступово, через кожних три дні занять вводили 2 нових елементи.

Механотерапія у вигляді механічної тракції хребта на похилій площині застосовувалась у відновному періоді реабілітації.

**Власні результати.** Проведене мануально-м'язове тестування, анкетування пацієнтів, дослідження показників артеріального тиску, пульсу засвідчили значне покращення стану пацієнтів після проведення реабілітаційних заходів.

**Висновок.** ЛФК і механотерапія є ефективними засобами реабілітації хворих з остеохондрозом, що виявляється зменшенням больового синдрому, покращенням рухливості в хребетному стовпі, зміцненням м'язового корсету, покращенням психо-емоційного стану пацієнтів.

## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНСЬКОЇ МОЛОДІ

Судомир Т.І.

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

На сучасному етапі розвитку суспільства особливо гостро постає проблема особистості людини, формування її як індивідуальності. Потребують уваги питання, котрі стосуються людського прагнення до самовдосконалення. Формування високодуховної особистості допоможе людині визначитися в сучасному світі.

Потрібно спрямовувати студентів на те, що вищий навчальний заклад дає не тільки знання, а й максимально сприяв формуванню особистості студента, зміст вузівської освіти не повинен формуватися лише на основі науки, а й відображати різні сфери духовної культури, у тому числі фізичної культури.

Вчення про здоров'я бере свій початок ще у Стародавніх Греції і Римі. Крізь століття до нас дійшов античний афоризм: «У здоровому тілі – здоровий дух». Ще Аристотель вважав, що фізичне, моральне

й розумове виховання взаємопов'язані. Сьогодні науковці, зокрема Тетяна Ротерс, продовжують наголошувати на тому, що «у сучасних умовах розвитку суспільства значення духовного життя особистості у тісному зв'язку з його фізичним розвитком, культурою здоров'я» [3].

Здоров'я – одна з фундаментальних загальнолюдських цінностей. Тому, одним з пріоритетних напрямків реформування освіти сьогодні є «забезпечення у кожному навчально-виховному закладі відповідних умов для навчання і виховання фізично і психічно здорової особи». В першу чергу це відноситься до вищих навчальних закладів, покликаних формувати валеологічний світогляд та культуру здоров'я майбутніх спеціалістів.

Аналіз стану здоров'я школярів, що вступають до вузів, свідчить про те, що мало хто починає своє студентське життя абсолютно здоровим. Рівень здоров'я молоді багато в чому обумовлений відсутністю у студентів інтересу до своєї особисті в загальній, зокрема до культури здоров'я [1].

Актуальність проблеми формування культури здоров'я особистості пояснюється рядом суперечностей: між потребами суспільства у здорових громадянах і неухильним погіршенням їх здоров'я; між потребами виробництва у здорових фахівців і відсутністю методик їх оздоровлення під час навчання у вищій школі; між природним бажанням людини бути здоровою і її знаннями про здоров'я та вмінням його зберігати і зміцнювати [2].

Актуальність проблеми виховання культури здорового способу життя стоїть сьогодні на першому місці, поряд з навчальним процесом. Тому, необхідне створення умов для реалізації конституційного права громадян на заняття фізичною культурою і спортом, поліпшення показників фізичної підготовленості та здоров'я населення, залучення широких мас населення, перш за все дітей та підлітків, до систематичних занять фізичною культурою і спортом. Основна мета політики держави у сфері фізичної культури – оздоровлення нації, формування здорового способу життя населення, гармонійне виховання здорового, фізично міцного покоління.

### Список літератури

1. Амосов М. М. Здоров'я / М. М. Амосов. – К. : КП «Дім, сад, город», 2011. – 147 с. – (Б-ка «Дім, сад, город»)

2. Амосов М. М. Роздуми академіків М. М. Амосова і О. І. Ахієзера про життя та науку / М. М. Амосов, О. І. Ахієзер // Світогляд. – 2006. – № 2. – С. 30–33.
3. Т. Т. Ротерс // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. – 2012. – № 22(1). – С. 148–154.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З АРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ**

**Цимбалюк А.О., Мисула І.Р.**

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

За даними медичної статистики, артроз колінного суглоба зустрічається найбільш часто серед усіх захворювань опорно-рухового апарату. Його відносять до числа найбільш серйозних уражень, через яке порушується опірна здатність кінцівок і процес ходьби, що призводить до обмеження рухової активності хворого, зниження його соціальної адаптації. Своєчасне та індивідуалізоване призначення засобів фізичної реабілітації може сприяти компенсації порушених функцій ураженої системи й запобіганню ускладнень. Тому, використання лікувальної фізкультури у реабілітації хворих з артрозом колінних суглобів є актуальним.

**Мета дослідження** – розробка і оцінка впливу дії лікувальної фізкультури у реабілітації хворих з артрозом колінних суглобів. Комплекс включає в себе ЛФК, масаж та фізіотерапію.

В дослідженні приймали участь 20 осіб з артрозом колінного суглобу. У експериментальній групі було проведено комплекси ЛФК з використанням вправ розробленої нами програми – ізометричних вправ для розвитку сили, рівноваги та координації, які виконуються у положеннях на підлозі, фітболі, нестабільних опорах і активізують роботу скелетно-м'язової системи, активних і пасивних стабілізаторів і рецепторів. Однією із методик, використаних у побудові комплексу вправ, є концепція Малліган (Mulligan) – новий підхід до вирішення проблем з опорно-руховим апаратом, в основі якого, лежить теорія про “помилкове позиціонування суглобів”. Брайан Малліган описав нову концепцію одночасного застосування допоміжних мо-

білізацій, що здійснюються фізичним терапевтом, і активних рухів пацієнта. Завдяки застосуванню цих технік очікується швидке поліпшення суглобової функції і зменшення болю.

Заняття здійснювали на базі “Хмільницької лікарні відновного лікування Вінницької обласної Ради” протягом двох тижнів, один раз на день.

Результати упровадження програми ЛФК свідчать про позитивну динаміку і поліпшення якості життя хворих з артрозом колінних суглобів. Виявлено високі показники стабільності суглоба, функціонального відновлення нижніх кінцівок і кращий руховий контроль в управлінні рухами.

Отже, використання розробленого нами комплексу лікувальної фізкультури у реабілітації хворих з артрозом колінних суглобів приводить до пришвидшеного відновлення рухливості колінного суглобу.

## **ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПРОГРАМ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ**

**Шаповалова Г.А., Шмакова І.П.**

*Одеський національний медичний університет*

Актуальність роботи обумовлена необхідністю підвищення якості життя дітей в різні періоди ремісії онкогематологічних захворювань (ОГЗ) і деяких солідних пухлин (пухлини головного мозку і нирок) (СП) шляхом розробки комплексної санаторно-курортної реабілітації з урахуванням особливостей перебігу захворювання і супутньої патології.

В умовах санаторію проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження і курс відновного лікування у 480 дітей в різний період ремісії (до 5 і після 5 років) онкологічних захворювань і деяких солідних пухлин (головного мозку і нирок) з подальшим проспективним наглядом і оцінкою повторних курсів санаторно курортної реабілітації.



Встановлено, що у дітей в періоді ремісії ОГЗ і СП до 5 років і більше 5 років зберігається різного ступеня поліморфність клініко-функціональних порушень, що дозволило виділити загальні підходи до СКР з урахуванням особливостей соматичного статусу, супутньої патології та періоду ремісії. Обґрунтовано основні принципи застосування комплексів СКР з урахуванням перебігу захворювання найбільш поширених супутніх захворювань (захворювання гепатобіліарної, серцево-судинної та нервової систем) у дітей в різний період ремісії ОГЗ і СП.

Вперше показана ефективність внутрішнього застосування мінеральних вод «Вознесенська», «Трускавецька Аква-Еко», «Аква Лібра», «Моршинська», «Марія» в комплексах реабілітації дітей з урахуванням періоду ремісії ОГЗ і СП при супутніх захворюваннях.

Обґрунтовано показання до застосування методики магнітотерапії, камерних «сухих» вуглекислих ванн у дітей з супутніми захворюваннями нервової і серцево-судинної систем.

Обґрунтовано диференційний підхід до психологічної підтримки хворих дітей з урахуванням проявів тривоги і типів агресії, що сприяє поліпшенню соціальної адаптації, психоемоційного статусу, взаємовідносин в колективі, а також необхідність психологічної допомоги матерям дітей в стані ремісії онкологічних захворювань, що підтверджується достовірним зниженням проявів особистісної та реактивної тривожності.

Встановлено ефективність послідовних 3–4-кратних курсів комплексної етапної СКР порушених функцій у дітей в різний період ремісії ОГЗ і СО. Обґрунтовано принцип диференційованого призначення програм реабілітації дітей з урахуванням періоду ремісії ОГЗ і СО, найбільш поширених супутніх захворювань, спрямований на підвищення якості життя.

Проведено аналіз потреби в санаторно-курортній реабілітації хворих після радикального лікування онкологічних захворювань.

## РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У КАРДІОЛОГІЇ

**Нажар С. С. Х., Хіра Х. С.**

*Донецький національний медичний університет,  
м. Кропивницький, Україна*

Серцево-судинна система людини має високі адаптаційні можливості. Однак захворювання її займають перше місце серед всіх розладів та захворювань ХХІ століття, що пов'язано з недостатньою руховою активністю, порушеннями дієти, шкідливими звичками (тютюнопалінням), екологічними факторами та спадковістю. Фізична реабілітація – реальний шлях подолання частини захворювань серцево-судинної системи засобами фізичної культури (ЛФК), яка є складовою частиною рухового режиму хворого. За рахунок ЛФК зростає хвилинний об'єм крові, швидкість кровотоку у малому та великому колах, у серцевому м'язі покращуються трофічні процеси, зменшуються застійні явища, нормалізується артеріальний тиск.

Важливим засобом фізичної реабілітації є масаж (пасивними та активними рухами), який застосовується в комплексі з руховим режимом. Застосування масажу нормалізує функціональний стан не тільки серцево-судинної, але й нервової та ендокринної (симпато-адреналової) систем.

За наявності вроджених вад серця, набутих рематичних вад, ішемічної хвороби серця широко використовують оперативні втручання, які також потребують подальшої фізичної реабілітації засобами ЛФК, фізіотерапії, кардіотрофної терапії, фітотерапії, ін. Хворі, що готуються до операції, потребують підвищення загального та м'язового тону, покращення периферійного кровообігу та метаболізму серцевого м'яза, збільшення резервних можливостей зовнішнього дихання. Фізичної реабілітації також потребують хворі на розповсюджені атеросклероз, гіпертонічну та гіпотонічну хвороби, вегето-судинну дистонію, хронічну серцеву недостатність. Фізична реабілітація хворих має не тільки медичне, але й велике соціально-економічне значення, має відновленню функціонального здоров'я та працездатності хворого.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХО-МОТОРНОГО РОЗВИТКУ

Шевчук О.Є.

*Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна*

Раннє втручання – це родинно-орієнтована комплексна (медична, психологічна, соціальна) допомога дітям раннього віку, у яких виявлено порушення (відхилення) в розвитку, ризику їх виникнення в старшому віці, а також – родинам, які виховують таких дітей. Раннє втручання робить можливим включення дітей в загальний освітній потік (інтегроване навчання) на більш ранньому етапі вікового розвитку (в дошкільному віці), що виключає для них необхідність дорогої спеціального шкільної освіти.

Основна форма надання послуг дитині та її родині у межах служб ранньої допомоги – психолого-педагогічний супровід. Він спрямовується на оцінку і підтримку психічного розвитку та психологічного стану дитини, профілактику вторинних порушень, нормалізацію дитячо-батьківської взаємодії і подолання поведінкових проблем.

Технологія раннього втручання створює реальні передумови вирішення важливої проблеми – своєчасної корекції порушень розвитку дітей раннього віку. **Раннє втручання включає:**

- Супровід сімей, які виховують малюків із порушенням розвитку;
- Підтримку родини в подоланні кризи;
- Допомогу родині у розвитку життєво необхідних умінь та навичок у дитини;
- Сприяння покращенню взаємодії малюка із членами родини та соціуму.

Програма раннього втручання розрахована для сімей, які виховують дітей від народження до трьох повних років, у яких:

1. Встановлено певний діагноз, що супроводжується затримками розвитку дитини (незалежно від ступеня тяжкості). Наприклад, дитячий церебральний параліч, розлади аутистичного спектра, синдром Дауна, епілепсія та інші.

2. Визначено затримку в розумовому, моторному, соціально-емоційному та комунікативному розвитку за допомогою скринінгів або тестів.

3. Є ризик появи затримки розвитку внаслідок певних біологічних та соціальних чинників. Наприклад, діти, народжені раніше терміну; діти, народжені з малою вагою та інші; діти, які перебувають в будинку дитини; сім'ї, які отримали будь-який травматичний досвід.

## **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУГИ У ДІТЕЙ**

**Школьна М. В., Горша О. В.**

*Одеський обласний благодійний фонд реабілітації дітей-інвалідів  
«Майбутнє», Україна*

*Медичний інститут Чорноморського національного університету  
імені Петра Могили, Україна*

Проблема терапії головного болю у дітей залишається вкрай актуальною. Методи фізичної терапії в дитячій практиці є пріоритетними, оскільки не викликають небажаних сторонніх реакцій та, в більшості, володіють комплексним пато- та саногенетичним впливом. Проте, дослідження механізмів такого впливу поодинокі, тоді, як залучення ефективних немедикаментозних засобів для лікування хронічного ГБ, особливо у дітей, є необхідним.

Отже, **мета роботи** полягала у визначенні клінічної ефективності методів фізичної терапії (релаксаційних технік, масажу та рефлексотерапії) у дітей старшого шкільного віку з головним болем напруги.

Знаходились під спостереженням 24 дитини старшого шкільного віку з головним болем напруги. Хворим дітям проводили оцінку інтенсивності та частоти головного болю, що визначає існуючий стан хворого, а також є критерієм ефективності терапії. Оцінку інтенсивності головного болю проводили за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ): 0 – «біль відсутній», 10 балів – «біль нестерпний». Оцінку частоти проявів клінічних симптомів проводили за допомогою шкали Р. Лайкерта: 0 – немає, 1 – рідко, 2 – часто, 3 – постійно. Хворі діти отримували фізичну терапію в амбулаторних умовах. Лікувально-реабілітаційний комплекс № 1 (ЛРК № 1) отримувало 12 дітей (1 підгрупа), який включав застосування в умовах реабілітаційного центру, під наглядом фізичного терапевта, релаксаційних технік (глибоке повільне дихання, м'язову релаксацію, релаксаційну світло- та музикотерпію) та курс масажу шийно-комірцевої зони з ак-

центом на тригерні точки та зони. 12 дітей 2-ї підгрупи отримували ЛРК № 2 – попередньо вивчали з допомогою інструктора аналогічні релаксаційні вправи та техніки психоемоційного розвантаження, які виконували щодня самостійно та отримували комплексний курс рефлексотерапії. Сеанс РТ складався з акупунктури, та рефлексогенного масажу багатоголковим валиком зон ділянки шиї, потилиці і комірцевої області. Кожен із курсів складався із 15 процедур, 10 з яких проводили щоденно у будні дні, а інші через день у будні дні. Тривалість кожного курсу 4 тижні.

У обстежених дітей головний біль проявлявся цефалічними епізодами тривалістю від декількох хвилин до декількох діб. Окрім ГБ цим дітям були властиві інші скарги, з яких частіше виявляли швидку втомлюваність, емоційну лабільність, порушення сну, метеозалежність, та одночасно декілька скарг. Після застосування обох визначених нами комплексів інтенсивність головного болю за ВАШ суттєво зменшилася. Так, інтенсивність у 4–6 балів до та після курсу достовірно зменшилася в обох підгрупах ( $p < 0,05$ ). Та, відповідно, достовірно ( $p < 0,05$ ) зростає кількість дітей у категорії «0 балів». Частота головного болю у категорії «часто», зменшилася з 83,33 % на 33,33 % та 8,33 % (відповідно – у 1 та 2 підгрупах), ( $p_{1-2}, p_{1-3} < 0,05$ ). Проте порівняння впливу ЛРК№ 1 та ЛРК№ 2 не засвідчувало достовірної різниці між показниками інтенсивності та частоти ГБ ( $p_{2-3} > 0,05$ ). Хоча вплив ЛРК № 2 показував кращі показники, зокрема, відсутність ГБ констатували після курсу ЛРК№1 у 41,67 % хворих дітей, а після застосування ЛРК № 2 у 66,67 %. Також констатували суттєве зменшення скарг астеноневротичного характеру. Достовірне зменшення втомлюваності фіксували після застосування обох комплексів ( $p_{1-2}, p_{1-3} < 0,05$ ). Тоді, як достовірний позитивний вплив на емоційну лабільність та порушення сну реєстрували після застосування ЛРК № 2 ( $p_{1-3} < 0,05$ ). Однак на метеозалежність достовірного впливу не було зафіксовано.

**Висновки.** Застосування методів фізичної терапії (виконання релаксаційних вправ, технік психоемоційного розвантаження і масажу або рефлексотерапії) дозволило достовірно зменшити прояви болювого синдрому та покращити фізичний та психоемоційний стан дітей старшого шкільного віку з головним болем напруги. Проведене нами пілотне дослідження показало перспективу подальших досліджень у обраному напрямку.

# DIFFERENTIAL EXPRESSION OF MRNA NEUROGENESIS PATHWAY-FOCUSED GENES IN PATIENTS WITH DIFFERENT THYROID PATHOLOGY

**Kamyshna Iryna**

*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University*

**Objective.** With the discovery of neurogenesis in the adult brain many recent studies have been focused on understanding the basic mechanisms controlling this process. Many neurogenesis regulatory genes are not only transcribed but also translated into blood cells. Cognitive and affective impairment is often present in hypothyroidism. On the other hand, autoimmune thyroiditis is associated with depression and anxiety disorders. The focus of our study was to analyze the transcriptional activity of neurogenesis regulatory genes in peripheral blood cells in patients with thyroid pathology.

**Methods:** We used the pathway-specific PCR array (Neurotrophins and Receptors RT2 Profiler PCR Array, QIAGEN, Germany) to identify and validate neurogenesis regulatory genes expression in patients with thyroid pathology and control group.

**Results:** The results showed that GFRA3, NGFR, NRG1, NTF3, NTRK1, NTRK2 significantly decreased their expression in patients with autoimmune thyroiditis with rising serum autoantibodies. The patients with primary hypothyroidism as a result of autoimmune thyroiditis and postoperative hypothyroidism had significantly lower expression of FGF2, NGFR, NRG1, and NTF3. The mRNA level of CNTFR was markedly decreased in the group of patients with postoperative hypothyroidism. ARTN, PSPN, TFG, MT3, NELL1 did not change their expression in all groups of patients.

**Conclusion:** The finding indicates that a decrease of thyroid hormones and a high level of autoantibodies such as anti-thyroglobulin antibody and anti-thyroid peroxidase antibody influence the expression of mRNA neurogenesis-regulated genes in patients with thyroid pathology.

# REHABILITACJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH W OBLICZU POWIKŁAŃ SPOWODOWANYCH RADIOTERAPIĄ

Gustaw Wójcik<sup>1</sup>, Ihor Mysula<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej,  
Biała Podlaska, Polska;

<sup>2</sup>Tarnopolski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ja. Horbaczewskiego  
MZU, Tarnopol, Ukraina

Radioterapia to forma leczenia zmian nowotworowych oparta na niszczącym charakterze promieniowania jonizującego, którego zadaniem jest degradacja komórek nowotworowych, a także zatrzymanie ich wzrostu. Skuteczność promieniowania jest wprost proporcjonalna do dawki jaka została pochłonięta przez tkanki, co oznacza, że im większa dawka zostanie zdeponowana przez guz, tym większe są szanse na zniszczenie komórek nowotworowych. Niestety promieniowanie to pomimo zastosowania nowoczesnych technik dynamicznych niszczy nie tylko komórki nowotworowe lecz także komórki prawidłowe, co powoduje, że leczenie z użyciem promieniowania jonizującego ma swoje negatywne implikacje, do których należy szereg powikłań, takich jak wypadanie włosów, zwłóknienia tkanki płucnej, stwardnienie skóry, poparzenia, zmiany martwicze i wiele innych. Nie należy zapominać, że korzyści płynące z tego rodzaju terapii, zwłaszcza w leczeniu skojarzonym z innymi metodami, takimi jak chirurgia, chemioterapia, hormonoterapia daje pacjentowi największe szanse powrotu do zdrowia.

Uszkodzenia w obrębie układów oddechowego, pokarmowego, mięśniowego czy skóry powodują nie tylko osłabienie organizmu i zmniejszenie tolerancji wysiłku ale mogą być przyczyną powstawania deformacji mięśniowo-szkieletowej, a także przyczyną rozwoju chorób dodatkowych, nasilających dolegliwości i pogarszających stan chorego.

Celem tej pracy jest przedstawienie problemów jakie spotykane są u pacjentów z tytułu leczenia onkologicznego i przedstawienie możliwości poprawy funkcji poszczególnych narządów w oparciu o dostępne metody z zakresu rehabilitacji medycznej poszerzonej o edukację pacjenta ze względu na jej bardzo istotną rolę profilaktyczną.

Wszyscy pacjenci onkologiczni pomimo prowadzonej terapii zabiegowej powinni mieć możliwość korzystania z rehabilitacji medycznej, choć jej udział powinien być w każdym przypadku dobierany indywidualnie z uwzględnieniem stanu chorego, w tym jego psychiki, motoryki, a przede wszystkim chęci powrotu do zdrowia.

## ЗМІСТ

Алипова О.Є. , Марамуха Є.І. ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА В ГРУДНОМУ ВІДДІЛІ .....	3
Андріюк Лук'ян МЕНЕДЖМЕНТ ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ОСОБЛИВОГО ПЕРІОДУ .....	4
Аравіцька М.Г. СТАН РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО КОМПЛАЄНСУ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ.....	7
Баблюк Л.А., Тамазликер С.І., Кобзей М.В. ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ КОГЦИГОДИНІЇ .....	8
Бакалюк Т.Г., Вавринчук Н.Т. ЗАСТОСУВАННЯ ДЗЕРКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПРАКТИЦІ ПРИ ІНСУЛЬТІ .....	10
Бакалюк Т.Г., Вощенко Р. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ .....	11
Бакалюк Т.Г., Пасічник Д.В. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ .....	12
Бакалюк Т.Г., Столярчук В.М. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДУ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ТУНЕЛЬНОМУ СИНДРОМІ.....	14
Бакурідзе-Маніна В.Б., Канюка Є.В., Волошко М.С. РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ НА ПРИКЛАДІ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ .....	15
Бесага Р.А. , Бакалюк Т.Г. ВИКОРИСТАННЯ ПІДВІСНОЇ ТЕРАПІЇ В ОСІБ З ПОРУШЕНОЮ ПОСТАВОЮ .....	17



Ворко В. І., Камишна І. І. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ .....	19
Грейда Н. Б., Андрійчук О. Я. ДІЄТОТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ .....	21
Григус І.М., Нагорна О.Б. РОЗГЛЯД КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ ДИТИНИ З МНОЖИННИМ ДЕФІЦИТОМ СУЛЬФАТАЗИ .....	22
Давибіда Н.О., Гамрекелідзе В.Р. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ ТА COVID-19.....	23
Давибіда Н.О., Петрів М.Р. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ ДОКТОРА БУБНОВСЬКОГО У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З КОКСАРТРОЗОМ .....	28
Давибіда Н.О., Попович Д.В. ШОКОЛАДНИЙ МАСАЖ: КОРИСТЬ, ПОКАЗАННЯ ТА ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ. ....	32
Дідоха І.В. КІНЕЗІОФОБІЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ ХВОРИХ З ПАРКІНСОНІЗМОМ.....	35
Дубас В.І., Сулима В.С., Балюк Ю.С., Данів В.М. МОЖЛИВОСТІ ОРТОПЕДОХІРУРГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛЯХОМ КОРЕКЦІЇ ДЕФОРМАЦІЙ СТОП.....	36
Кирилюк В. В. МАНУАЛЬНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ .....	39
Коваль Н.П. КОРЕКЦІЯ СОМАТОМЕТРИЧНИХ МАРКЕРІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ .....	40
Коваль В.Б. Стасюк М.О. РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПІДХОДИ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ КРИЖОВО-КЛУБОВИХ З'ЄДНАНЬ.....	41

Кука-Форись У.Є., Івасик Н.О., Найда Л.Я., Кордис Б.Д. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІГРОВОГО МЕТОДУ ПРИ НАЯВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ДЛЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОПІКОВОЮ ТРАВМОЮ .....	42
Куравська Ю.С., Чурпій І.К., Голод Н.Р., Федорівська Л.П., Гринчак В.І. РОЛЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ТРЕНУВАННЯ У КОРЕКЦІЇ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ.....	44
Ласа М. М., Мисула І. Р. ЕРГОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ .....	45
Ліскевич І.І., Кузюк М.М., Іванишин Ю.І. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ІГРОВИХ ВИДІВ СПОРТУ .....	46
Лобанова О.О., Лотовська Т.В., Чайгирева Л.В. РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ХВОРОБАМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ.....	47
Юрій Лях, Оксана Усова, Марина Лях, Вікторія Мельничук ПЛОСКОСТОПІСТЬ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ І ЇЇ КОРЕКЦІЯ МЕТОДАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ .....	50
Макарчук Н. Р., Бакалюк Т. Г., Мартинюк Л. П., Стельмах Г. О. ВПЛИВ НОВИХ ПІДХОДІВ ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ.....	52
Миндзів К.В., Ярема Н.І., Попович Д.В., Коцюба О.І. СУЧАСНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ МІОКАРДИТІВ .....	53
Назарук В.Л., Новакова Л.В., Судомир Т.І. ПРІОРИТЕТИ У ВИБОРІ ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МАЙБУТНІХ ФІЗИЧНИХ ТЕРАПЕВТІВ .....	54
Наконечна С.П. ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДИНАМІЧНОГО СТЕРЕОТИПУ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ПРОСТАВИ, ПЛОСКОСТОПІСТЮ ТА ОЖИРІННЯМ ПІД ВПЛИВОМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	56
Новакова Л.В. , Назарук В.Л., Судомир Т.І. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ .....	57

Окушко Д., Семків Л.Б., Кубей І.В. ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ДИТИНИ ГРУДНОГО ВІКУ З ВІДСТАВАННЯМ СТАТОКІНЕТИЧНОГО РОЗВИТКУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	59
Оринчак М.А., Артеменко Н.Р., Човганюк О.С., Гаман І.О., Лосюк Л.В., Кобринська О.Я. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ДАПАГЛІФЛОЗИН (ФОРКСІГА) ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З КАРДІО-РЕНО- МЕТАБОЛІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	61
Панченко О.А., Кабанцева А.В. КЛІНІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВІЙНИ .....	63
Полянська О.С., Гулага О.І., Москалюк І.І. ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ COVID-19: ЕТАПНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	66
Пчеляков А.В. ОРТОПЕДИЧНА КОРЕКЦІЯ ЕКВІНУСНОЇ КОНТРАКТУРИ ПРИ САНАТОРНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ .....	67
Ребрик Ю.Ю., Ульяницька Н.Я. БІОАКУСТИЧНА КОРЕКЦІЯ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ .....	68
Семенець М.Д. Мисула І.Р. ЗАСТОСУВАННЯ УНІВЕРСАЛЬНОЇ КАБІНИ ПІДВІСНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ РУХОВОГО СТЕРЕОТИПУ У ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ ДЦП .....	69
Семеніна Ж.О., Голяченко А.О. ІГРОТЕРАПІЯ, ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ РУХОВОГО РОЗВИТКУ .....	71
Ситник О.А., Єжова О.О., Грибініченко А.М., Петренко Н.В. РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ З ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ .....	72
Стельмах Г. О. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ПІЛАТЕС ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ ФУНКЦІЇ.....	73

Страшко Є.Ю., Кондратьєва Є.О., Мороховець Г.Ю. СТРІЧКА МЕБІУСА ЯК НАОЧНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ .....	74
Струков А.К, Мисула І.Р. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛФК І МЕХАНОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА .....	76
Судомир Т.І. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНСЬКОЇ МОЛОДІ .....	77
Цимбалюк А.О., Мисула І.Р. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З АРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ .....	79
Шаповалова Г.А., Шмакова І.П. ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПРОГРАМ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ В СТАДІЇ РЕМІСІЇ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ З УРАХУВАННЯМ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	80
Нажар С. С. Х., Хіра Х. С. РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У КАРДІОЛОГІЇ .....	82
Шевчук О.Є. ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХО-МОТОРНОГО РОЗВИТКУ .....	83
Шкільна М. В., Горша О. В. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУГИ У ДІТЕЙ .....	84
Kamyshna Iryna DIFFERENTIAL EXPRESSION OF MRNA NEUROGENESIS PATHWAY-FOCUSED GENES IN PATIENTS WITH DIFFERENT THYROID PATHOLOGY .....	86
Gustaw Wójcik, Ihor Mysula REHABILITACJA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH W OBLCZU POWIKŁAŃ SPOWODOWANYCH RADIOTERAPIĄ .....	87