Якщо розглядати показники у % співвідношенні то в експериментальній групі на початку дослідження 40% отримали оцінку незадовільно, 20% – слабко і 40% посередньо у контрольній: 10% – слабко, 50% – посередньо, 40% – добре. В кінці дослідження в експериментальній групі 10% отримали оцінку незадовільно, 20% слабко, 60% посередньо, 10% добре, а у контрольній групі 10% отримали оцінку слабко, 40% посередньо, 50% добре.

Результати наведених тестів свідчать про покращення в роботі серцево-судинної системи та зниження толерантності до фізичних навантажень по закінченню програми занять оздоровчою ходьбою жінками спеціальної медичної групи. Тоді як у жінок контрольної групи, які не займалися за цією програмою, не було відзначено особливих змін.

Література:

1. Гецко Ю. Синдром хронической усталости. TERRA GENEALOGICA. – № 5. – 2005. – С. 20–45.
2. Калитка С., Козак В., Пісачук Л. Вплив динамічних вправ на фізичну підготовленість жінок 18-35 років. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури /Фізична культура і спорт/ зб. Наукових праць/ За ред. Г.М. Арзютова. – К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2013. Том 1 – Випуск № 7 (33). – С. 322–328.
3. Порада А. М., Солодовник О. В., Прокопчук Н. Є. Основи фізичної реабілітації. – К.: Медицина, 2006. – 247 с.

ПОГЛЯД СТУДЕНТА НА ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ОСІБ ПІСЛЯ ДИФУЗНОГО АКСОНАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ

Карашевич В. С.

студента 4-го курсу факультету здоров'я, фізичної культури і спорту
Міжнародного економіко-гуманітарного університету
імені академіка Степана Дем'янчука
м. Рівне, Україна

Частота черепно-мозкових травм (ЧМТ) в середньому 4-6 випадків на 1000 осіб. 80% випадків – легка ЧМТ [1]. Отже 20% – середня та важка. До легкої ЧМТ відносять – струс та забиття I степені; середньої – забиття II степені; важкої – дифузне аксональне пошкодження (ДАП), стиснення

головного мозку, забиття III степені [1]. 56% усіх ЧМТ – побутові травми; 34-40% – внаслідок ДТП [1].

За даними патрульної поліції за період з 01.01.21 по 30.09.21 в Україні виникло 137286 ДТП серед яких 22200 осіб травмовано [2].

Оскільки на ДТП припадає 34-40% всіх ЧМТ, можна припустити, що серед 22200 потерпілих – 8880-7548 осіб отримали ЧМТ (34-40% від 22200 потерпілих).

20% усіх ЧМТ – травми середньої та важкої степені, отже серед 8880-7548 потерпілих із ЧМТ – 1509-1776 (20% від 8880-7548) ймовірно із ЧМТ середньої та важкої степені, зокрема із ДАП.

Точної статистики ДАП немає у вільному доступі. Відомо, що найчастіше ДАП виникає в результаті ДТП та баротравми [1]. Отже, можна припустити, що в результаті ДТП з 01.01.21 по 30.09.21 із ЧМТ важкої та середньої степені, що складає 1509-1776 осіб, ймовірно є певна частка потерпілих із ДАП.

В результаті середньої та важкої ЧМТ 38,9% потерпілих отримують інвалідність (38,9% – середнє значення – 26,7% – інвалідність внаслідок ЧМТ середньої степені та 51,1% – ЧМТ важкої степені) [3].

За 9 місяців ймовірна кількість потерпілих із ЧМТ середньою та важкою степеню в результаті ДТП складає 1509-1776 осіб, то за місяць – близько 167-197 осіб, отже в рік – 2004-2364 особи.

Беручи до уваги, що 38,9% потерпілих із ЧМТ середньої та важкої степені отримують інвалідність, можна припустити, що з 2004-2364 осіб із важкою та середньою ЧМТ – 779-919 осіб отримують інвалідність.

У преамбулі ВООЗ написано, що здоров'я – не лише відсутність фізичних вад, а й стан психічного, духовного, соціального благополуччя.

Інвалідність внаслідок перенесених травм веде до втрати працездатності та має низку інших наслідків.

Руйнування інших сфер здоров'я, зокрема соціального, оскільки всі сфери здоров'я пов'язані. Це призводить до поглиблення існуючих фізичних та психічних проблем та погіршення якості життя.

Економічні наслідки полягають в тому, що держава втрачає працездатних осіб.

Дифузне аксональне пошкодження – це вид черепно-мозкової травми, яка виникає внаслідок кутового або обертального прискорення-уповільнення мозку та його структур і в результаті чого виникає надрив аксонів півкуль і стовбура мозку [1].

Клінічно ДАП характеризується – тривалою комою із переходом в транзиторний чи стійкий вегетативний стан [1].

Транзиторний стан – спонтанне чи у відповідь на біль відкриття очей, без фіксації зору та виконання простих завдань [1].

Вегетативний стан – нарощення симптомів роз'єднання мозку (внаслідок вищезгаданого надриву) в місці сполучення великих півкуль та стовбура [1].

Між великими півкулями та стовбуром частково втрачається зв'язок, що призводить до розгальмування підкіркових структур – їх хаотичної та мозаїчної діяльності [1].

Не підпорядкована робота підкіркових структур викликає рухові та психічні порушення [1].

При виході із вегетативного стану симптоми роз'єднання заміняються симптомами випадіння (втрата зв'язку із вищими нервовими структурами), що виявляється в м'язовій скутості, погіршенні координації, уповільненні активних та співдружніх рухів, порушенні розуміння та застосування мови; інколи виникають раптові, несвідомі рухи; атактична хода [1].

Через місяць спостерігається демієлінізація аксонів і вторинне дифузне виродження нервової тканини [1]. Макроскопічно виявляється атрофія мозку [1].

Актуальність теми полягає в тому, що держава щорічно в результаті ДТП втрачає близько 779-919 осіб внаслідок отриманої ЧМТ середньої та важкої степені. Ймовірно серед потерпілих є особи працездатного віку, отже проблема може мати й економічних характер. Точна епідеміологія середніх та важких ЧМТ, зокрема й ДАП, невідома. Можемо лише припускати, що серед 2004-2364 потерпілих із середньою та важкою ЧМТ є певна частка тих, хто має ДАП, оскільки дифузне аксональне пошкодження є однією із форм важкої ЧМТ. Близько 1\3 (38,9% від 2004-2364) усіх ЧМТ середньої та важкої степені закінчуються інвалідизацією. Втрата працездатності, окрім вищезгаданої економічної сторони, має й соціальний характер, призводячи до погіршення якості життя та поглиблення психофізичних проблем.

Дифузне аксональне пошкодження викликає важкі рухові та психічні розлади на тлі прогресуючої атрофії мозку. Реабілітація складається із таких заходів: реабілітаційне обстеження, збір анамнезу, постановка завдань, цілей та мети реабілітації, план втручання. Обстеження пацієнтів із ДАП буде включати оцінку психічних, неврологічних та рухових порушень. Аби виявити психічні порушення можна застосувати наступні шкали: монреальська шкала когнітивних функцій, геріатрична шкала депресії. Задля виявлення неврологічних порушень слід застосувати: тест із закресленням паличок (виявлення неглект синдрому), звернути увагу на положення пацієнта (нахилений чи ні, задля виявлення пуш-синдрому). Аби встановити рівень рухових порушень можна використати: м'язовий мануальний тест Ловета (дозволяє визначити силу м'язів), шкала Ашворта (рівень патологічного тонусу м'язів), шкала Берга (здатність утримувати рівновагу та ризик падіння), аналіз ходьби тощо.

Для визначення рівня самостійності пацієнта слід використати шкалу функціональної незалежності. Всі ці шкали дозволяють не лише встановити рівень порушень, а й відслідковувати ефективність реабілітації. Збір анамнезу буде включати опитування по наступним сферам: соціальна (місце і умови проживання, сім'я, друзі тощо), медична (попереднє лікування, супутні хвороби, обстеження), харчовий (збалансованість, частота харчування), професійна (минула робота), психічна (наявність тривоги, депресії тощо). Завданнями реабілітації при ДАП будуть: уповільнення подальшої атрофії мозку, збільшення функціональних резервів організму, зменшення патологічного тонусу м'язів та збільшення сили свідомого контролю, оволодіння навичками самообслуговування, самостійного пересування, робота з психологічними проблемами. Короткостроковими цілями реабілітації будуть: здобуття самостійності в межах ліжка, палати, пересідання у візочок та подальше пересування тощо. Довгострокові цілі: здобуття самостійності у більшості сфер – самостійне пересування, самообслуговування; зменшення психічних проблем; можлива перекваліфікація чи здобуття іншої професії тощо. Мета реабілітації: досягнути максимальної функціональної незалежності. План втручання буде містити в собі засоби реабілітації, їх дозування та періодичне обстеження.

У фізичній реабілітації потерпілих після ДАП можна застосувати наступні засоби: кінезіотерапія, фізіотерапія, масаж. Вправи із кінезіотерапії підбираються зважаючи на функціональні можливості пацієнта і можуть включати: активні та пасивні, циклічні та ациклічні вправи, застосування спеціального обладнання тощо. Відновлення нервових зв'язків кори мозку та попередження подальшої атрофії ґрунтується на взаємному зв'язку між рецепторами м'язів та відповідними центрами мозку. Поміж цього існує зв'язок між м'язами і органами у вигляді моторно-вісцеральних рефлексів. Отже, застосовуючи фізичні вправи ми можемо позитивно впливати на мозок та внутрішні органи. Із методів фізіотерапії можна застосувати ампліпульстерапію (СМС) та діадинамотерапію (ДДТ) задля стимуляції м'язів та зменшення болю. Масаж як і фізіотерапію необхідно застосовувати у комплексі із іншими засобами. Масаж дозволяє попередити застій крові та лімфи. Також із курсу лекцій фізичним терапевтам нашого факультету відомі деякі особливості надання психологічної допомоги, зокрема при депресивному стані. Задля цього попередньо збирається анамнез всіх сфер життя пацієнта; згодом планується діяльність пацієнта ґрунтуючись на поступовості; далі необхідно позбутися негативних думок шляхом когнітивної реструктуризації та психоаналізу; і в решті створити толерантність до негативних подій. Так як найбільшою причиною депресивного стану потерпілого є його хвороба, то більшою степеню позбуття цього стану

лежить в площині відновлення фізичних функцій та здобуття незалежності.

Формат тез не дозволяє детально розглянути усі особливості організації реабілітаційної роботи. Варто також сказати, що відновлення таких пацієнтів потребує роботи не одного фахівця. Ефективна реабілітація у випадку із ДАП повинна базуватися на мультидисциплінарному підході залучаючи до роботи не лише фізичного терапевта, а й невролога, ерготерапевта, медичних сестер, логопеда та інших спеціалістів в залежності від наслідків хвороби.

Література:

1. Мироненко Т.В., Борисенко В.В., Мироненко М.О. Нервові хвороби: підручник / Луганськ, ЛДМУ, 2012. 392 с.
2. Статистика ДТП в Україні за період з 01.01.2021 по 30.09.2021 : DTP 09.2021. URL: http://patrol.police.gov.ua/statystyka/
3. Школьник В.М., Науменко Л.Ю, Фесенко Г.Д., Голик В.А., Коваль М.Є. Наслідки черепно-мозкової травми як причина інвалідності: проблеми експертизи. СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА. 2015. № 4. С. 85-88.

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОГО КУРСУ З ГІДРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ У КОНТЕКСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ

Коваль В. В.

кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри здоров'я людини і фізичної терапії
Міжнародного економіко-гуманітарного університету
імені академіка Степана Дем'янчука
м. Рівне, Україна

На сьогоднішній день Останнім часом поширення набуває реабілітаційний напрям занять фізичного виховання для покращення процесу відновлення здоров'я і працездатності [1-3]. У Національній доктрині розвитку фізичної культури і спорту від 28.09.2004 року № 1148/2004 наголошується на необхідності розвитку оздоровчих заходів із використанням методів фізичної реабілітації, так як ефект впливу