

Міністерство освіти і науки України
Північно-Східний науковий центр НАН України та МОН України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Тези

74-ї наукової конференції професорів,
викладачів, наукових працівників,
аспірантів та студентів університету

Том 2

25 квітня – 21 травня 2022 р.

Полтава 2022

Література

1. Гончаренко С. У. Гуманізація освіти як основний критерій розробки засобів реалізації сучасних технологій навчання. Демократія і освіта: матеріали міжнар. конф. МО України, Монтекларський ун-т. Кіровоград; Монтеклар, 2002. Вип. 1 / 2. С. 167–174.

УДК 615.825

*А.А. Левков, к.мед.н., доцент
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ПЕРІОДІ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Вступ: Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Травматичні пошкодження черепа та головного мозку складають 30-40% усіх травм і займають перше місце за показниками летальності та інвалідизації серед осіб працездатного віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно у світі отримують ЧМТ понад 10 млн осіб, 250-300 тис із цих випадків завершуються летально. В Україні частота ЧМТ щорічно становить у різних регіонах від 2,3 до 6 випадків (в середньому 4-4,2) на 1000 населення. Щорічно в Україні від ЧМТ помирає 10-11 тис громадян, тобто смертність становить 2,4 випадку на 10 тис населення (в США – 1,8-2,2).

Мета дослідження. Метою цього дослідження було висвітлення засобів фізичної терапії у періоді відновлення після черепно-мозкової травми.

Матеріали та методи. Згідно з сучасною клінічною класифікацією виділяють сім видів черепно-мозкової травми: струс мозку, забої мозку легкого, середнього та важкого ступеня, дифузне аксональне пошкодження мозку та стиснення мозку на фоні його забою (гострі внутрішньочерепні гематоми, гідроми, вдавнені переломи кісток склепіння черепа) або без забою (хронічні субдуральні гематоми, гідроми).

Тяжкість стану хворого із ЧМТ у більшості країн світу визначається за шкалою коми Глазго. Шкала коми Глазго (ШКГ) оцінює стан хворого за сумою балів на основі трьох параметрів: відкриття очей (від 1 до 4 балів), рухова реакція (1-6 балів), словесна реакція (1-5 балів).

Основні принципи реабілітації ґрунтуються на: ранньому початку, комплексності відновлювальних заходів, систематичності, поетапності відновлювального лікування, активної участі у реабілітації самого хворого і його рідних. Відносні протипоказання для проведення реабілітації: АТ < 110 або > 220 мм. рт. ст., сатурація кисню < 92%, ЧСС у спокої < 40 або > 110 уд/хв, температура тіла > 38.5⁰С.

При організації реабілітації потрібно враховувати періодизацію етапу, який поділяється на 4 періоди:

1. Гострий (перші 3-4 тижні);
2. Ранній відновлювальний (перші 6 міс.), який має підвиди до 3 міс.

Коли відбувається відновлення обсягу рухів і сили у паретичних кінцівках, до 6 міс. Пік відновлення складних рухових навичок;

3. Пізній відновлювальний (6 міс. – 1 рік), протягом якого продовжується відновлення мови, статики і трудових навичок;

4. Резидуальний (після року), тут вже реабілітація залишкових явищ.

Висновки: Результати відновного лікування черепно-мозкових ушкоджень визначаються своєчасністю надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, а також своєчасною госпіталізацією хворих у спеціалізовані нейрохірургічні відділення, раннім початком фізичної реабілітації.

Література

1. *Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи: Уч.-метод. пособие/ Е.Г. Педаченко, И.П. Шлапак, А.П. Гук, М.Н. Пилипенко. – К.: ЗАО «Випол», 2009. – 216 с.*

2. *Педаченко Є.Г., Морозов А.М. Сучасні стандарти і організація лікувально-діагностичного процесу при черепно-мозковій травмі // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – № 1. – С. 115-120.*

3. https://umedp.ru/articles/reabilitatsuya_patsientov_posle_insulta_kriterii_effektivnosti_i_factory_uspekha_rol_fizicheskoy_ney.html.

4. <https://ruans.org/Text/Guidelines/neurorehabilitation.pdf>.

УДК 796.8

*О.В. Гордієнко, заступник декана
факультету фізичної культури та спорту
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
В.Б. Воронецький, к.пед.н,
заслужений тренер України, старший викладач
Кам'янець-Подільський національний
університет імені Івана Огієнка*

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖІНОЧОЇ СТАТІ В ПАУЕРЛІФТИНГУ

Науковці в своїх роботах доходять висновку, що знання про функціональні можливості жінки не цілком співпадають з оцінки функціональних можливостей жінок-спортсменок, що демонструють високі спортивні результати. Соматичні особливості «звичайної» жінки також відрізняються від таких у спортсменок. При цьому фахівці звертають увагу на те, що кожна людина індивідуальна. Загальний план не може спрацювати для всіх без винятку. Тому ретельне вивчення методів та форм тренування, корекція тренувального навантаження і його змін може підвищити показники і понизити ризик травм. У сучасному жіночому спорті це запорука успіху.

Фізична працездатність спортсменок є найважливішою умовою для розвитку всіх основних фізичних якостей, основної здатності організму до перенесення високих специфічних навантажень, можливості реалізувати функціональні потенціали до інтенсивного протікання відновлення і багато в чому визначає спортивний результат практично на всіх етапах