

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Полтавський державний медичний університет
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Громадська організація «Всеукраїнська асоціація фізичної медицини,
реабілітації і курортології»
National University of Science and Technology Politechnica of Bucharest
(Romania)
CITY University of London (United Kingdom)
Vilnius University (Lithuania)
Vrije Universiteit (Belgium)
Strasbourg University (France)**



**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ:
РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

Збірник наукових матеріалів ІХ Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю

15 листопада 2023 року

Полтава 2023

розвинулися на тлі вірусних інфекцій – алергічного риніту, хронічного синуситу, кіст та поліпів, також може бути причиною зміни голосу у дитини. Розростання аденоїдів та хронічний тонзиліт у дитини, сприяючи підтримці тривалого запалення в носоглотці і впливаючи на рух повітряних потоків на вдиху і видиху, змінюють тембр і висоту голосу. Голос у дитини може змінюватися, пов'язаних тільки з вірусами гострої респіраторної вірусної інфекції, досить багато. З урахуванням того, що діти щорічно застуджуються досить часто і 8-10 захворювань респіраторними вірусними інфекціями на рік, то голосовому апарату доводиться страждати досить часто. Якщо до вірусних причин додаються виниклі хронічні стани, осиплість голосу може зберігатися і після одужання дитини. Тому батькам потрібно бути пильними і контролювати, як відбувається відновлення голосу дитини після хвороби, а якщо цього не відбувається – звертатися до лікаря.

Література

1. Стасько Г. Основи технології звукоутворення у сучасній практиці виховання голосу. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2018. С. 54-64.

Клеценко Л.В., к.пед.н., доцент
*Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*
Вишар Є.В., старший викладач
Полтавський інститут економіки і права

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ОСОБИ ІЗ ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ВІДНОВЛЮВАЛЬНИЙ ПЕРІОД: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на кожні 100 тис. населення. За офіційною статистикою Центру громадського здоров'я МОЗ України, в Україні цереброваскулярні захворювання є причиною смертності № 2 (100 000-110 000 смертей, близько 14% усіх померлих). Щороку стається 100 000-110 000 інсультів (понад третина з них – у людей працездатного віку), 30-40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% – протягом року від початку захворювання; 20-40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя [2]. Фізична терапія осіб, які перенесли мозковий геморагічний інсульт, є важливою і невід'ємною складовою в комплексному лікуванні таких пацієнтів. Більшість пацієнтів, які вижили після інсульту, стають інвалідами, 20-25% з них до кінця життя потребують сторонньої допомоги, значна частина потребує догляду родичів працездатного віку, що визначає соціально-економічну

значущість цієї проблеми (Гуляєва М.В., 2012, Беляєва Н.М., 2016, Здесенко І.В., 2016).

Завдання раннього періоду фізичної терапії, ерготерапії при геморагічному інсульті включають: попередження і лікування ускладнень, що пов'язані з іммобілізацією; визначення функціонального дефіциту і збережених можливостей хворого; покращення загального фізичного стану; покращення рухових, сенсорних функцій; відновлення самообслуговування і елементарних побутових навичок. Основним принципом при побудові програми фізичної терапії є принцип індивідуального підходу, формування індивідуальних цілей для пацієнтів. Для підвищення ефективності програми фізичної терапії, ерготерапії та покращення процесу реабілітації з точки зору управління при формуванні індивідуальних цілей для пацієнтів під час проходження програми фізичної терапії, ерготерапії при геморагічному інсульті також враховується SMART-методика.

Клінічними інструментами оцінки функціонального стану пацієнта при проведенні наукового дослідження були домени у вигляді інструменту ICF-score-set (набір базових категорій МКФ) [5] для комплексного інсульту: тест Ловетта, шкала Бартела, тести «Швидкість ходьби (GV) та «Берга на рівновагу (BBS)», Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА), тести «Встань та йди», Trunk Control Test (Тест контролю тулуба), Визначення функціональної незалежності (FIM). Експериментальну програму розроблено для пацієнта віком 71 рік, чоловічої статі з діагнозом «Гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом: субарахноїдально-паренхіматозний крововилив із формуванням інсульт-гематоми лівої скронево-підкіркової ділянки головного мозку із проривом у шлуночкову систему із правобічною геміплегією, сенсомоторною афазією» згідно діючої нормативної документації в галузі охорони праці та австралійської клінічної настанови.

Розроблена нами програма розроблена згідно діючої нормативної документації в галузі охорони праці та австралійської клінічної настанови і являє собою комплексний курс фізичної терапії, який здійснюється поетапно і містить такі складові: авторський комплекс пасивно-активних вправ лікувальної гімнастики у поєднанні з електричною стимуляцією плеча та психологічний (психологічне консультування, психологічний супровід, розвиваючі заняття з відновлення когнітивних порушень) і логопедичний (логопедична гімнастика, артикуляційні вправи, Су-Джок (масажний м'ячик та кільце) компоненти.

Авторська програма фізичної терапії при геморагічному інсульті в відновлювальний період була направлена на посилення кровообігу в області великих і дрібних суглобів тіла. Пасивні рухи потрібно виконувати у повільному темпі з якомога більшою амплітудою. У зв'язку з тим, що основне значення в клінічній картині парезів і паралічів після інсульту належить порушенню рухів, то основна задача відновлювального лікування – нормалізація рухової діяльності хворого. Усі вправи виконують повільно, особлива увага звертається на принцип вірної траєкторії руху. Рухи не повинні супроводжуватися болем. Під час виконання недопустимі різкі рухи у момент розтягування спастичних скорочених м'язів, вони можуть у відповідь викликати рефлексне скорочення

м'язів. Задані фізичні вправи розвивають рухові можливості, активують вегетативні системи, стимулюють і нормалізують функції всіх систем організму, підвищують супротив організму до несприятливих факторів зовнішнього середовища. Для поліпшення рухових функцій після інсульту використовувалася функціональна електрична стимуляція, після проведення якої виявлено підтвердження ефективності функціональної електричної стимуляції у вигляді збільшення м'язової сили у хворих після інсульту. Для проведення електричної стимуляції використовувався PowerDot 2.0, мета: застосування при постінсультному підвигу плеча. Електростимуляція застосовувалася на дельтоподібний м'яз, після кожного заняття з пацієнтом протягом 30 хвилин. Робота логопеда передбачала опанування пацієнтом технік виконання логопедичної гімнастики і артикуляційних вправ, Су-Джок (масажний м'ячик та кільце).

Після застосування авторської програми фізичної терапії нами було виявлено якісно позитивні зрушення у функціональному та психофізичному стані пацієнта, про що свідчить позитивна динаміка досліджуваних показників: покращився реабілітаційний діагноз пацієнта, зокрема: b7301.4 на b7301.2; d550.2 на d550.1; d510.3 на d510.2; d520.3 на d520.2; d540.3 на d540.2; d598.3 на d598.2; d4100.3 на d4100.2; d450.3 на d450.2; d469.4 на d469.3; d330.3 на d330.1; d355.3 на d355.3; d998.3 на d998.2. Здійснена психолого-логопедична робота сприяла покращенню у процесі відновлення когнітивних функцій пацієнта (з помірного до легкого вияву порушення), стабілізації його емоційного стану, набуттю навичок стресостійкості, гармонізації системи відносин особистості хворого до самого себе, до мікро- і макросоціуму, формування нової концепції життя. Отже, розроблена нами експериментальна програма фізичної терапії для пацієнта з геморагічним інсультом у відновлювальний період виявилась ефективною. Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вдосконаленні фізичної терапії осіб із геморагічним інсультом засобами кінезотерапії.

Література

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 17.04.2014 № 275 (2014). Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Геморагічний інсульт (внутрішньомозкова гематома, аневризмальний субарахноїдальний крововилив). doi: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_275_ukpmd_gi.pdf
2. Центр громадського здоров'я МОЗ України. doi: <https://phc.org.ua/news/29-zhovtnya-vsesvitniy-den-borotbi-z-insultom>