

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

Тези

**72-ої наукової конференції професорів,
викладачів, наукових працівників,
аспірантів та студентів університету,
присвяченої 90-річчю
Національного університету
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»**

Том 2

21 квітня – 15 травня 2020 р.

Полтава 2020

ЗАСТОСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Аналіз наукових розвідок вказує на те, що причиною травматичних ушкоджень головного мозку, що призводять до черепно-мозкової травми, може бути струс, забиття, здавлюванням тощо.

Загалом клінічна картина травматичного ураження головного мозку надзвичайно різноманітна. У клініці черепно-мозкової травми можуть спостерігатися різноманітні симптоми та синдроми. Клінічна картина неврологічного дефіциту залежатиме як від локалізації вогнища забою, так і від важкості пошкодження мозку [1].

Морфо-функціональним підґрунтям відновлення втрачених функцій є реалізація механізмів нейропластичності шляхом функціональної реорганізації ЦНС. Цьому сприяє застосування відповідних стимуляційних і тренувальних методик різних модальностей, спрямованих на відновлення простих і складних рухових функцій. Це досягається шляхом посилення аферентного потоку до ушкоджених ділянок мозку й активізації відповідного коркового поля [2]. При цьому сенсорна стимуляція може забезпечуватися різними шляхами: від ініціювання пасивних рухів до подразнення поверхневих рецепторів шкіри тощо.

У комплексному лікуванні хворих виділяють 3 клінічні періоди.

Перший період характеризується тяжким станом хворого: різка загальмованість, млявість, слабкість, апатія, стійкий головний біль, запаморочення, афазія, афонія, заїкуватість, гострі вестибулярні розлади. У 1-й період призначають спокій, проводять медикаментозне та оперативне лікування, а також лікування положенням. Не застосовують лікувальну фізичну культуру (ЛФК).

У *другому періоді* призначають розширений ліжковий (2а-2б) і палатний режими. Починають застосування ЛФК з метою:

- активізації життєво важливих функцій серцево-судинної, дихальної і травної систем;
- запобігання застійних явищ у легенях, пролежнів,;
- поліпшення та відновлення вестибулярної функції;
- підвищення загального тонусу організму.

Лікувальну гімнастику (ЛГ) призначають із незначним фізичним навантаженням з вихідного положення лежачи або сидячи. Застосовують прості вправи на розвиток статокінетичної стійкості, вправи зі зміною положень тіла, рухи голови у бічній та передньозадній площинах з обмеженою амплітудою. Доцільні розпочати виконання вправ на

координацію рухів, вправ для язика, нижньої щелепи та м'язів, а також дихальні вправи з активізацією видиху.

У *третьому періоді* лікування ЛФК застосовують для вирішення таких завдань:

- відновлення функції вестибулярного апарату;
- нормалізація функції зовнішнього дихання;
- загальнотонізуюча дія;
- відновлення навичок ходіння;
- поліпшення психічного стану хворого.

У цей період поступово ускладнюють методіку занять, дозволяють виконання вправ із навантаженням та амплітудою рухів, які поступово збільшуються. Призначають рухи голови в різних площинах з повною амплітудою, обертання тулуба у повному обсязі та в різних напрямках, вправи в рівновазі на великій та малій площі опору. Застосовують вправи у метанні середніх і малих м'ячів, а також вправи із закритими очима на місці та з пересуванням. Навчають ходити з під-страховкою та без неї, рекомендують прогулянки на свіжому повітрі. Можливі ігри на місці та естафетного типу в чергуванні з дихальними вправами.

Призначаючи ЛФК хворим із контузією та комоцією мозку, необхідно додержуватись таких методичних принципів:

1. У другому періоді лікування найбільшого значення слід надавати загальнозміцнювальним вправам, а також спеціальним вправам для вестибулярного апарату.

2. Вправи зі зміною положення голови (нахили, повороти) ускладнюють шляхом поступового збільшення амплітуди рухів голови.

3. Вправи для рівноваги слід виконувати на широкій площі опору та чергувати їх із вправами в положенні сидячи.

4. Особливо обережно призначають вправи із закритими очима.

5. Під час виконання усіх вправ необхідно забезпечити повну страховку хворого.

6. У другому періоді рекомендується виконувати вправи з метання великим м'ячем, а у третьому періоді способи метання ускладнюють і застосовують малі гумові м'ячі.

Підсумовуючи викладене вище, слід зазначити, що засоби та методи фізичної реабілітації застосовують на всіх етапах і періодах реабілітації хворих із травматичними ушкодженнями головного мозку. Водночас наразі немає єдиної системи диференційованого використання засобів і методів фізичної реабілітації при черепно-мозкових травмах.

Література

1. Баннікова Р. Проблемні питання фізичної реабілітації осіб з наслідками травматичного ураження мозку / Р. Баннікова, К. Калінкін, Ю. Магнушевський // *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. – 2016. – № 1. – С. 23–29.

2. Dominiek B. *PNF in Practice* / B. Dominiek, D. Beckers, S. Adler, M. Buck. – Berlin : Springer, 2007. – P. 310.