

Міністерство освіти і науки України
Відкритий міжнародний університет розвитку людини “Україна”
Житомирський економіко-гуманітарний інститут
Вища технічна школа в Катовіце (м. Катовіце, Польща)



АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МОЛОДІ В СУЧАСНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ УМОВАХ

Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
28 квітня 2022 року



Житомир 2022

achievement of the goal, increases physical activity. Just like in walking games, in games with running content, blind students pay more attention to motor actions. The main mistakes in the performance of running movements in completely blind junior schoolchildren are a significant shoulder lift, the work of the arms in a small amplitude, placing the foot on the support from the entire foot or from the heel, short and uncertain steps. In relay games (“Collect a toy”, “Find a toy”, etc.), when schoolchildren perform game tasks in turn, it becomes possible to control the motor and game activity of each player. In addition, such games are less dangerous for completely blind children, as there are always sound prompts. The orientation of blind schoolchildren is especially difficult during outdoor games of running content [5, c. 339-350].

Clear and stable audio signals are essential for blind people to perform gaming tasks correctly. Exercises with proper running skills include forefoot running, high knee raises, whips, hurdles, and turns. As part of the mobile game (plot, plotless, game exercises), the game was systematized taking into account the child’s profound visual impairment. The presented grouping of outdoor games is based not only on the blindness compensation mechanism, but also on its wide practical use in the conditions of physical education classes at school. In schools for visually impaired and blind children, such a grouping of outdoor games allows teachers to concretize educational materials, select games individually, and ensure the order in which motor balls are formed. performance and interest in exercise.

Conclusion. Thus, it can be stated that the proposed method of organizing the motor activity of visually impaired children in physical education lessons, based on the content of the sports game goalball, can significantly increase the efficiency of classes and, as a result, improve productive life and accelerate the process of social adaptation. The results of the analysis made it possible to outline some ways of activating the motor activity of children of primary school age with visual impairments in the process of motor activity and during the game: timely learning to play, taking into account the basic movements, creating conditions for the development of orientation during outdoor games, widespread use in active outdoor games with objects, sound toys and landmarks. Development of a regulatory framework for involving visually impaired schoolchildren in physical rehabilitation, taking into account the existing violations.

References

Blessing, D. L., McCrimmon, D., Stovall, J., & Williford, H. N. (1993). The effects of regular exercise programs for visually impaired and sighted schoolchildren. *Journal of visual impairment & blindness*, 87(2), 50-52.

Cappagli, G., Finocchietti, S., Cocchi, E., Giammari, G., Zumiani, R., Cuppone, A. V., ... & Gori, M. (2019). Audio motor training improves mobility and spatial cognition in visually impaired children. *Scientific reports*, 9(1), 1-9.

Çolak, T., Bamaç, B., Aydin, M., Meriç, B., & Özbek, A. (2004). Physical fitness levels of blind and visually impaired goalball team players. *Isokinetics and exercise science*, 12(4), 247-252.

Stuart, M. E., Lieberman, L., & Hand, K. E. (2006). Beliefs about physical activity among children who are visually impaired and their parents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(4), 223-234.

Wiskochil, B., Lieberman, L. J., Houston-Wilson, C., & Petersen, S. (2007). The effects of trained peer tutors on the physical education of children who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(6), 339-350.

ЛЕВКОВ А.А.

*к.мед.н., доц. кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*

НАСЛІДКИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДАЛАННЯ.

Анотація. У цій роботі представлено методи фізичної терапії у періоді відновлення після черепно-мозкової.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, методи фізичної терапії

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 >38.5С.

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, статичної 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.

Список джерел

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 Е.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>