

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
АСОЦІАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ

**«Сучасні аспекти комплексної реабілітації.
Виклики та перспективи – 2024»**

10 – 11 жовтня

Матеріали конференції

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
АСОЦІАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Науково-практична конференція
**«СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.
ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ – 2024»**

10-11 жовтня

Матеріали конференції

Одеса • 2024

УДК 613.4 (043.3) + 61:796 (043.2)

Головний редактор: завідувачка кафедрою фізичної реабілітації,
спортивної медицини та фізичного виховання,
д. мед. н., проф. Ольга ЮШКОВСЬКА

Секретаріат: д. мед. н., проф. Олександр ПЛАКІДА
к. мед. н., доц. Олена ФІЛОНЕНКО
Вікторія РАДАЄВА

С91 Сучасні аспекти комплексної реабілітації. Виклики та перспективи –
2024». 10-11 жовтня 2024 року. Матеріали конференції. – Одеса:
ПОЛІГРАФ, 2024 – 80 с.

У збірці містяться матеріали науково-практичної конференції, «Сучасні аспекти комплексної реабілітації. Виклики та перспективи-2024». Висвітлюються питання наукових досліджень провідних фахівців у галузі фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і практичної охорони здоров'я. Наведено результати використання нових діагностичних та лікувальних технологій у реабілітації поранених внаслідок військових дій, а також досягнення фундаментальних досліджень.

Всі тези друкуються в авторській редакції.

Підписано до друку: 05.10.2024 р. Формат 60x90/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Умовн.-друк. арк. 5,25. Наклад 300 прим.

Видавництво «ПОЛІГРАФ»
Свідоцтво: серія ДК № 6977 від 14.11.2019 р.
вул. Польська, 9/13, Одеса, 65014

© Одеський національний медичний університет, 2024

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Бабова І.К.¹, Бабов К.Д.², Онищак С.П.³, Бібіков О.А.³, Балашова І.В.²

¹ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет
ім. К.Д. Ушинського», м. Одеса

²ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації
та курортології МОЗ України», м. Одеса

³ДУ «Територіальне медичне об'єднання МВС України
по Одеській області», м. Одеса

Вогнепальні та мінно-вибухові поранення кінцівок посідають перше місце в структурі первинно проникних поранень. Поранення верхніх кінцівок часто супроводжуються ураженням периферичних нервів, що значно збільшує тривалість лікування і реабілітації військовослужбовців, є найбільш частою причиною подальшої інвалідизації та погіршення якості життя.

Нами розглянуто клінічний випадок тривалої етапної реабілітації після мінно-вибухового поранення лівої верхньої кінцівки, яке ускладнилося посттравматичним невритом лівого променевого, ліктьового та серединного нервів та значною втратою функції кінцівки. Пацієнт, 45 років, поступив на реабілітацію в ДУ «Територіальне медичне об'єднання МВС України по Одеській області» з діагнозом: вогнепальне осколкове поранення нижньої третини лівого плеча з вогнепальним багатоуламковим внутрішньосуглобовим переломом дистального епіметафізу лівої плечової кістки та лівої ліктьової кістки зі зміщенням уламків; посттравматичний неврит лівого променевого, ліктьового та серединного нервів з вираженим порушенням функції верхньої кінцівки; згинальна контрактура лівого ліктьового суглоба. На етапах евакуації до поступлення на реабілітацію було проведено хірургічне лікування: МОС лівої плечової кістки апаратом зовнішньої фіксації з наступним демонтажем АЗФ; відкритий дебрідмент лівого ліктьового суглоба.

I етап реабілітації почався на 45 добу після поранення та полягав в підготовці до наступного хірургічного лікування задля усунення ускладнень. Хворому було проведено хірургічне лікування в ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» (м. Київ): Відкрита репозиція, МОС пластиною з гвинтами та кістковою аутопластикою лівої плечової кістки, невродліз нерва.

II етап реабілітації почався через 14 днів після хірургічного лікування одразу після зняття, на 150 добу після поранення. Хворому було проведено клініко-функціональне обстеження: інтенсивність больового синдрому оцінювали за допомогою візуально-аналогової шкали болю (ВАШ), силу м'язів – за шестибальною шкалою; обсяг рухів у суглобах оцінювали із застосуванням гоніометра, а також за допомогою реабілітаційних пристроїв: інтелектуальної системи зі зворотнім зв'язком для реабілітації верхньої кінцівки та екзоскелету кисті «Smart Glove», що дозволяє документувати результати дослідження та дослідити їх динаміку. Також для документування

та оцінки динаміки користувалися Міжнародною класифікацією функціонування, інвалідності і здоров'я (МКФ) за НК 030:2022, прийнятим в Україні. Для оцінки за МКФ були обрані наступні домени: зниження сили м'язів у лівій верхній кінцівці (b7301), біль в ділянці лівого передпліччя (b280.3); порушення мобільності: використання лівої верхньої кінцівки і кисті (d445.44) та порушення активності в повсякденному житті, а саме вмивання (d510.23), нагляд за частинами тіла (d520.23) та одягання (d540).

При обстеженні виявлено значне зниження сили м'язів лівої верхньої кінцівки (1-2 бали), наявність больових відчуттів до 6-7 балів за ВАШ; практично повне обмеження рухів в лівому ліктьовому та променево-зап'ястному суглобах, обмеження рухів в лівому плечовому суглобі (підйманні вище горизонтальної лінії), порушення чутливості та набряковий синдром в нижній третині передпліччя, порушення функції хапання. Також спостерігалися значні обмеження в повсякденній активності (одягання, вмивання тощо).

На основі реабілітаційного обстеження було розроблено індивідуальний реабілітаційний план, який включав:

- фізичну терапію: рухова реабілітація в кистьовому суглобі та суглобах пальців кисті (рухи без обмежень та рухи з невеликим опором), плечовому суглобі (рухи без обмежень в діапазоні безболісних рухів) та пронаційно-супінаційні рухи передпліччя без обмежень; індивідуальні заняття з застосуванням апарату пасивної розробки суглобів, інтелектуальної системи зі зворотнім зв'язком та екзоскелету кисті "Smart Glove"; Motomed для верхньої кінцівки;

- ерготерапію в побутових умовах з наданими рекомендаціями щодо поліпшення функції хапання;

- терапію положенням з урахуванням післяопераційних обмежень навантажень на оперований ліктьовий суглоб (вісьових, носіння важких предметів);

- апаратну фізіотерапію за принципом синдромно-патогенетичного підходу та з урахуванням протипоказів у вигляді наявних металевих конструкцій (лазеро- та ультразвукова терапія, електроміостимуляція);

- психотерапію; медикаментозну терапію.

При призначенні методів та засобів реабілітації враховувалися особливості реабілітації при травмах ліктьового суглоба, а саме чутливість до різких подразнень (механічних у вигляді масажу, редресаций, теплових процедур високої температури), схильність до швидкого формування контрактур та гетеротопної осифікації.

Реабілітаційні заходи проводилися в амбулаторному режимі, обсяг надання реабілітаційної допомоги був високим. Реабілітація проводилася курсами 18-21 день з перервами на 1-2 тижні протягом тривалого періоду. Всього було проведено три курси реабілітації.

Після проведених курсів реабілітації було відновлено функцію хапання, однак сила м'язів лівої верхньої кінцівки залишалася зниженою (3-4 бали),

значно зменшилися больові відчуття до 3 балів за ВАШ при фізичних навантаженнях, збільшився обсяг рухів в суглобах оперованої кінцівки: лівому ліктьовому та променево-зап'ястному, однак обсяг рухів в усіх суглобах не досяг нормальних значень; відновились чутливість та зменшився набряк передпліччя. Хворий повністю себе обслуговує. Таким чином, проведення реабілітаційних заходів при вогнепальних пораненнях верхньої кінцівки має велике значення для відновлення втрачених функцій і повернення хворих до активного життя.

ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ
ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ПОСТРАЖДАЛИМ
ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ РФ.
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ
НА БАЗІ ПРИМОРСЬКОГО САНАТОРІЯ

Барковський А.С.

Клінічний санаторій «Аркадія» ДПС України, м. Одеса

Серед осіб, що постраждали внаслідок військової агресії РФ і яким надається реабілітаційна допомога, переважна більшість – це пацієнти з комбінацією бойової травми, її наслідків, та ряду супутньої патології, не пов'язаної з травмою чи пораненням, але яка також потребує лікування.

Більшість пацієнтів є з обмеженою можливістю обслуговувати себе та вільно пересуватись, які отримали множинні та мультиструктурні ураження тулуба та кінцівок, переважно нижніх, що потребують багаторазових етапних оперативних втручань, тривалого та дорогоартісного лікування чи дообстежень. Це пацієнти, які водночас мають розлади в психічній сфері (ПТСР, депресії, інсомнії тощо), що веде до зниження мотивації до виконання фізичних вправ, відвідування процедур, прийому медикаментів, а інколи до порушень режиму лікування з вживанням заборонених речовин та алкоголю, що також потребує додаткового лікування та подальшої психологічної корекції. В решті-решт це веде до повільного одужання з розвитком втрати працездатності, боездатності, інвалідізації.

Тривале перебування на бойових позиціях з порушенням сна, харчування, з інтенсивними фізичними навантаженнями, в стресі призводить до зниження імунітету, як наслідок – загостренню та декомпенсації наявних хронічних хвороб, їх більш важкому перебігу, частим ГРЗ.

У багатьох військовослужбовців виникає погіршення роботи опорно-рухового апарата : носіння екіпірування (одягу, речей, озброєння) додає до 25-30 кг ваги, що значно перевантажує опорно-руховий апарат, в особливості-

хребет, обмежує нормальне дихання, рухи, призводить до розвитку ентезопатій, більш швидкого пошкодження та травмування зв'язок суглобів, м'язів, хрящів менісків, дистрофічним змінам в кістках, посилює динамічну чи статичну плоскостопість. Надмірне навантаження веде також до виникнення та прогресії гриж (черевної стінки, хребта), варикозної хвороби, геморроя. Погіршується стан серцево-судинної системи з розвитком загострень артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця. Багато з пацієнтів мають тривалі розлади харчування та хвороби ШКТ: гастрити, гастродуоденіти, коліти, СРК та ін. Це наслідки зміни режиму, продуктів харчування, якості води, зловживання енергетиками, вживання замість повноцінного прийому їжі енергетичних висококалорійних батончиків або сухпайків. Гострі та хронічні проблеми зі слухом. Контакт з вогнепальною зброєю, вибухівкою та артилерією, вибухами навіть в засобах захисту супроводжується значним навантаженням на органи слуху, тому як наслідок, з'являються тіннітус (постійний шум/дзвін у вухах), втрата або часткове зниження слуху. Частина з пацієнтів має акубаротравму з ушкодженням або без ушкоджень барабаних перетинок, але дуже часто – з виникненням хронічного середнього отиту, інколи гнійного. Погіршення стану зубів та шкіри. В моменти сильного емоційного напруження щелепи рефлекторно стискаються так міцно, що інколи ушкоджуються зуби. Щоденна якісна гігієна часто є недоступна на передових позиціях, через це виникає розвиток ряду стоматологічних та дерматологічних захворювань. У холодну пору року досить частими є переохолодження і обмороження мало захищених ділянок тіла, опіки внаслідок нещасних випадків під час спроб зігрітись.

Деяким пацієнтам окремі види лікування (фізичну терапію, апаратне фізіотерапевтичне лікування, бальнеотерапію) складно або неможливо проводити внаслідок збігу ряду факторів: маломобільності, наявності апаратів зовнішньої фіксації переломів кісток, лікувальної іммобілізації, колостом, незагоєних та інфікованих ран шкіри. Наявність загострення супутньої патології до гострого стану також не дозволяє проводити певні реабілітаційні інтервенції по основному діагнозу. В деяких випадках таке лікування вже нещодавно проведено на попередніх етапах госпіталізацій. Або навпаки, наявність загострення хронічних хвороб може бути показом до призначень ряду додаткових фізіотерапевтичних процедур (УФО, мікрокліматотерапії, електропроцедур – УВЧ, ДДТ, УХТ та ін.)

Задля урахування таких особливостей у кожного з пацієнтів в Україні створена і впроваджена модель мультидисциплінарного підходу в реабілітаційному лікуванні пацієнтів. З метою рішення цих викликів в межах

КС «Аркадія» розроблена система надання комплексної реабілітаційної допомоги, яка складається з проведення курсів відновного медикаментозного і фізіотерапевтичного апаратного лікування, в поєднанні з курсами фізично-психологічної та соціальної реабілітації.

Психологічна допомога є надважливою складовою реабілітаційного процесу і надається командою психологів на чолі з медичним психологом – психіатром. Практично всі пацієнти при надходженні одразу проходять анкетне тестування ментального стану з метою раннього виявлення порушень, що в подальшому потребують супроводу або навіть лікування. А всі пацієнти з бойовою травмою – огляд медичного психолога, психіатра, керівника групи психічно-психологічної реабілітації. З метою всебічної психологічної реабілітації застосовуються різні підходи: індивідуальний супровід, система «майндфулнесс», «сімейна» реабілітація, з перебуванням в санаторії членів родини, «дружня» реабілітації, коли «лікарем» стає сам побратим - особа, яка має певні інвалідності, які вже скомпенсовано. Вагомий позитивний вплив «тваринної» реабілітації дає можливість відвідувати дельфінарії з наданням пацієнтам можливості безпосередньо поплавати з дельфінами та взаємодія з собаками місцевого кінологічного клубу. Але вже навіть нетривале перебування в небойових умовах в закладі курортного (приморського) типу, в тихій та спокійній обстановці, дає позитивний вплив на морально-психологічний стан та прискорює його стабілізацію. На території санаторію також періодично виступають відомі артисти шоу-бізнеса, театрів, в теплу пору організований вечірній кінотеатр під відкритим небом з сучасними комедіями та науково-пізнавальними передачами, проводяться виїзні екскурсії по місту та локальним культурним об'єктам – «освітня» реабілітація.

Фізична реабілітація проходить в двох спеціалізованих залах, з урахуванням загального стану та обмежень рухових можливостей пацієнтів. Поранення з втратою м'яких тканин (шкіри, м'язів та їх сухожилів, нервів), тривале обмеження рухливості і мобілізаційними засобами призводять до гіпотрофії, ослаблення сили існуючих м'язів, зниження їх тонууса та втрати функції. Для їх відновлення проводиться комплексне лікування як за допомогою сучасних новітніх реабілітаційних роботизованих та компютеризованих систем для кисті, тулуба, верхніх та нижніх кінцівок (апаратів Levitas, Motomed Omega, Diego, Centurio, вертикалізаторів Luna та GN1, системи Playwork Playball, та ін.), так і відносно простих засобів – ЛФК, дошки Євмінова, гантелей, м'ячів, брусів, сольової кімнати, масажу та ін.). Застосування новітніх систем вертикалізації та механотерапії дозволяє значно покращити якість передпротезної підготовки, прискорити адаптацію до

протезів, зменшити час вимушеного перебування в напівліжковому режимі, прискорити відновлення після травм кінцівок. З пацієнтами щоденно працює команда з фізичних терапевтів, ерготерапевта, під контролем лікарів ФРМ, застосовуються методики масажу, кінезіотейпування.

Також з метою всебічної фізично-психологічної реабілітації, введені регулярні заняття з адаптивної фізичної культури і спорту: греблі, настільного тенісу, рибалки, баскетболу, виїзди в тир. З метою активної соціальної реінтеграції проводяться зустрічі з керівниками місцевих організацій допомоги ветеранам та військовослужбовцям і їх родинам, що дозволяє надати необхідну консультативну допомогу по юридичним питанням, працевлаштуванню та подальшій профорієнтації.

Для прискорення одужання після травм опорно-рухового апарата впроваджена можливість лікування за допомогою методів регенеративної медицини (АМК тромбоцитів, PRP, дермальних фібробластів). Це дозволило уникати формування грубих рубців, прискорити загоєння ран та виразок, відновлення іннервації, консолідацію переломів, зменшити біль та набряк в ділянках отриманих травм, ентезопатій, покращити адаптацію кукс до протезів.

Значний позитивний ефект дає можливість нормалізувати режим та раціон харчування з введенням дієт для певної категорії пацієнтів. Близкість розташування заклада до моря і формування на його території окремих паркових зон, створює унікальний мікроклімат, що виступає як додатковий лікувальний фактор. Водночас, низький рівень шуму позитивно впливає на якість лікування пацієнтів з акубаротравами та психоневрологічними розладами.

Резюме: поєднання мультидисциплінарного підходу, методів регенеративної медицини та комплексної, всебічної фізично-психологічної реабілітації з стаціонарним лікуванням в умовах приморського санаторію, дозволяє отримати найбільш якісні та швидкі результати в лікуванні не лише бойової травми та її наслідків, але і наявної супутньої патології, уникнути втрати працездатності, боєздатності та інвалідизації, забезпечити швидку соціальну реінтеграцію військовослужбовців.

СКАНДИНАВСЬКА ХОДЬБА, ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.

Безега С.

ГО «Українська асоціація скандинавської ходьби», м. Варшава, Польща

Фізична активність широко визнана завдяки своєму позитивному впливу на фізичне та психологічне здоров'я. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої

організації охорони здоров'я (ВООЗ), для підтримки здоров'я необхідно займатися помірною фізичною активністю не менше 150 хвилин на тиждень. Однак близько 28% населення світу та 42% жителів західних країн із високим рівнем доходу не дотримуються цих рекомендацій. При цьому серед недостатньо фізично активних людей виявляються особливо вразливі групи, однією з яких є люди з психічними розладами. Хоча численні дослідження підтверджують користь фізичної активності для фізичного та психологічного здоров'я цих людей, рівень їх фізичної активності залишається низьким.

Дослідження, які вивчають програми фізичних вправ у лікуванні психічних розладів, переважно зосереджуються на впливі таких програм на зменшення тяжкості симптомів. Наприклад, для людей із тривожними розладами програми фізичних вправ мають анкісолітичний ефект. Крім того, для осіб, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або інші травматичні розлади, фізичні вправи можуть бути корисними, оскільки вони допомагають зменшити супутні симптоми, такі як депресія, тривога та порушення сну.

Сучасна реабілітація передбачає використання різноманітних методів для відновлення фізичного та психічного стану пацієнтів після травм, хвороб або стресових ситуацій. Скандинавська ходьба, як один із ефективних та доступних способів активної фізичної діяльності, набуває все більшої популярності у сфері реабілітації. Її особливість полягає в залученні до роботи до 90% м'язів тіла завдяки використанню спеціальних палиць, що дозволяє знизити навантаження на суглоби й водночас забезпечити високий рівень фізичної активності.

Скандинавська ходьба дотримується таких основоположних принципів:

- Безпечні (практично немає протипоказань) і фізіологічно правильні рухи та ходьба;
- Рухи, в яких беруть участь не тільки м'язи верхніх і нижніх кінцівок, а й основні м'язи тулуба;
- Симетричне і всебічне тренування для всього тіла;
- Ефективне циклічне аеробне навантаження за рахунок активізації великих і малих груп м'язів;
- Збільшення кровообігу та обміну речовин;
- Безперервне чергування активізації та релаксації залучених м'язів, що сприяє полегшенню в напружених м'язах;
- Інтенсивність і цілі навчання легко адаптуються для індивідуальних потреб;
- Доступність – набуті навички можуть бути перенесені в повсякденне життя;

- Фізичні вправи, які підходять для всіх, незалежно від віку, статі та фізичного стану;

- Допомагає впоратися з неврастенією, безсонням, депресією, знімає нервову напругу, покращує сон і самопочуття, підвищує працездатність;

При виконанні правильної техніки Скандинавської ходьби залучені м'язи поперемінно напружуються-розслабляються, розтягуються і з них знімається напруга. На відміну від звичайної ходьби, при Скандинавській ходьбі за рахунок використання палиць і правильної техніки задіюється до 90% м'язів усього тіла. Споживання енергії може збільшитися до 46%, а серцевий ритм на 5-17 ударів на хвилину. При цьому втома, що відчувається в тілі, не вища, ніж під час ходьби без палиць, а навантаження на суглоби ніг і нижньої частини хребта у 2,5 рази менше, ніж під час пробіжки, це дуже важливо для запобігання захворюванням опорно-рухового апарату.

Одне з досліджень, було спрямоване на аналіз і систематичний огляд про зв'язок фізичної активності та частотою депресії та тривоги в період 2000-2022 року. Пошук дав 770 статей та було виявлено, що люди з високим рівнем фізичної активності мають знижений ризик виникнення депресії і менші шанси на розвиток тривоги у порівнянні з тими, хто має низький рівень фізичної активності.

У дослідженні розглядалася скандинавська ходьба як вправа для людей похилого віку з депресією. Двадцять чотири пацієнти з діагнозом депресія були випадковим чином відібрані та розділені на дві групи: експериментальна група, яка виконувала скандинавську ходьбу, і контрольна група, яка виконувала звичайну ходьбу. Обидві групи практикували свої відповідні вправи ходьби по 50 хвилин на день, тричі на тиждень протягом восьми тижнів. Щоб порівняти наслідки втручання, психологічні фактори з використанням інвентаризації депресії Бека та якість сну оцінювали за допомогою корейської версії Піттебурзького індексу якості сну. Масу скелетних м'язів, масу без жиру, індекс маси тіла, відсоток жиру в організмі та основний метаболізм оцінювали тричі за допомогою аналізатора складу тіла до втручання, через чотири тижні після втручання та через вісім тижнів після втручання. Була значна різниця в депресії з основним впливом часу в обох групах. Була також значна різниця у сні в часі та взаємодії. Різниця в часі між двома групами була значною для депресії, сну та маси скелетних м'язів. Результати свідчать про те, що скандинавська ходьба позитивно впливає на депресію та розлади сну у людей похилого віку, що свідчить про необхідність розробки програм вправ на основі скандинавської ходьби для людей похилого віку, які страждають від депресії або розладу сну.

Ще одне дослідження порівнювало вплив дев'ятитижневої програми скандинавської ходьби та звичайної ходьби на якість життя, когнітивні функції та депресивні симптоми у пацієнтів з хворобою Паркінсона. Було встановлено, що скандинавська ходьба виявилась ефективнішою у покращенні загальної якості життя, автономності, соціальної участі та інтимності, ніж звичайна ходьба. Незважаючи на позитивні результати обох видів ходьби у покращенні немоторних симптомів, скандинавська ходьба сприяла кращим показникам у сфері автономності.

Наша організація «Українська асоціація скандинавської ходьби» впровадила програму, яка поєднувала скандинавську ходьбу з психологічною підтримкою. Групи, що брали участь у програмі, проходили мінімум 10 занять під керівництвом тренера зі скандинавської ходьби та психолога. Кожне заняття складалося з різноманітних активностей: динамічної руханки, вправ на баланс та координацію з палицями, ігор та парних вправ. Основною частиною програми була сама скандинавська ходьба, що завершувалася стретчингом. Поряд з фізичною активністю учасникам також пропонували дихальні вправи, майндфулнес-практики та техніки уважності. Особливу увагу приділяли технікам першої психологічної допомоги, які сприяли стабілізації емоційного стану. Програма передбачала підвищення усвідомленості через концентрацію уваги на зовнішніх об'єктах під час ходьби. Наприклад, учасники фокусувалися на предметах у парку, їх кольорі, формі та текстурі. Це сприяло відновленню фокусу уваги на моменті «тут і зараз», що допомагало учасникам краще усвідомлювати свої емоції та потреби.

Висновки: Заняття скандинавською ходьбою сприяють активації парасимпатичної нервової системи, яка відповідає за відновлення і релаксацію організму. Це допомагає знизити рівень кортизолу, регулювати сон, відновлювати нервову систему після стресових ситуацій і поліпшувати загальне психофізіологічне самопочуття.

МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Борчану Л.І.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: за статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, інсульт протягом останніх 15 років лідирує серед причин смерті людей на планеті, поступаючись лише ішемічній хворобі серця. А з початку 2023 року 87114 пацієнтам по всій Україні було діагностовано гострий мозковий інсульт. З них ішемічний інсульт діагностовано у 575 пацієнтів, тобто у

більшості пацієнтів. До теперішнього часу не винайдено ліків, які усунуть повністю наслідки інсульту. Навіть при успішному лікуванні далеко не завжди людині вдається повернутися до праці і колишнього способу життя самостійно без реабілітаційного втручання.

Мета: проаналізувати теоретичні матеріали наукової літератури щодо методів реабілітації у пацієнтів з ішемічним інсультом.

Матеріали і методи: узагальнення, аналіз та порівняння науково-методичної літератури з питання методів реабілітації після ішемічного інсульту.

Результати: за результатами проведеного аналізу науково-методичної літератури щодо методів реабілітації після ішемічного інсульту було виявлено що саме фізична терапія вважається основною методикою, що застосовується у практиці реабілітації після інсульту. Вона є головним помічником у покращенні функціонування опорно-рухового апарату поверненню до звичного життя та повноцінної рухової активності. Фізична терапія у комплексі з ерготерапією, та заняттям з логопедом-афазіологом сприяють кращому відновленню, підвищують резистивність організму та адаптації пацієнта до побутової та професійної діяльності.

Висновки: Після проведення аналізу науково-методичної літератури було виявлено, що фізична реабілітація після інсульту за ішемічним типом є провідною ланкою для відновлення фізичних можливостей організму. А при її ранньому застосуванні у комплексі з ерготерапією, заняттям з логопедом – афазіологом, можна досягнути більш повному та швидкому відновленню пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ОНМедУ ПРОТЯГОМ 2024 РОКУ

Бурдін І.Є.

Одеський національний медичний університет

Фізична активність майбутніх лікарів має велике значення і як запорука професійних можливостей, і можливість збереження власного здоров'я. Крім того військові події у нашій державі підкреслили необхідність лікарів бути фізично підготовленими та готовими до реалізації своїх професійних обов'язків у різних умовах.

Метою даної роботи було проаналізувати особливості фізичної активності здобувачів освіти ОНМедУ в 2024 році.

Методи обстеження: з метою виконання поставленої мети нами застосовувався спеціально розроблений опитувальник, методи статистичного аналізу.

В дослідженні прийняли участь 32 здобувача освіти Одеського національного медичного університету віком від 19 до 22 років.

За результатами дослідження усі опитані здобувачі освіти вважають актуальним мати регулярне фізичне навантаження. Однак тільки 20 осіб займаються не менш ніж 1 раз на тиждень та більше, ще 3 здобувача освіти займаються нерегулярно та 9 здобувачів освіти на момент опитування не мали регулярних фізичних навантажень.

Серед здобувачів освіти, що мають регулярні фізичні навантаження переважали заняття фітнесом (12 осіб), 4 особи займалися регулярною ходьбою та ще 4 особи – у спортивних секціях.

Також 6 осіб, що мали регулярну фізичну активність, відзначили, що почали займатися тільки з 2023-2024 років та не мали такого досвіду напередодні. До причин, що спонукали займатися фізичною активністю було віднесено: «усвідомлення, що маю мати кращі фізичні показники», «бажання вести здоровий спосіб життя» та «бажання бути фізично підготовленим».

Цікавим є факт, що при схожому дослідженні причин заняття регулярною активністю в період до 2019 року здобувачі освіти переважно обирали «мати кращий фізичний вигляд» та «сподобатися протилежній статі». Ці дані демонструють змінення актуальності причин для занять регулярними фізичними навантаженнями у студентів ОНМедУ.

ПСИХОЛОГІЧНА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ

Гудим Н.О, Руденко Ю.І.

Одеський національний медичний університет

Актуальність теми: З кожним днем збільшується кількість військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях і стикаються з важкими психологічними травмами. ПТСР, депресія, тривога, розлади сну та інші психічні й соматичні проблеми є поширеними наслідками участі в бойових операціях

Мета дослідження: Відновлення психічного і фізичного здоров'я військових після бойових дій, сприяння їхній інтеграції в суспільство.

Матеріали і методи:

1. Матеріали: медичні записи, анкети, наукова література.

2. Методи: клінічні обстеження, психометричні тести, інтерв'ю.

Тези :

1. Психологічна медична реабілітація – це система заходів, яка поєднує медичну та психологічну допомогу, спрямовану на відновлення психічного здоров'я військових після бойових дій або інших важких ситуацій.

2. Командний підхід до реабілітації: Для успішного відновлення військових потрібна злагоджена робота психологів, лікарів, психіатрів та інших фахівців, що забезпечують комплексну підтримку.

3. Медикаментозне лікування: Під час реабілітації часто використовують ліки, такі як антидепресанти чи препарати для зниження тривожності, щоб допомогти військовим впоратися з психологічними симптомами.

4. Фізична активність. Відновлення фізичної активності, регулярні заняття спортом та вправи також позитивно впливають на психічне здоров'я та допомагають знижувати рівень стресу.

5. Роль родини та громади: Родина і близькі люди мають велике значення для успішного відновлення військових, надаючи їм моральну підтримку та допомагаючи адаптуватися після травм.

6. Роль психотерапії. Методи, як когнітивно-поведінкова терапія, EMDR та інші види психотерапії, допомагають військовим пропрацювати травматичні події та полегшити психічний стан.

Результати дослідження:

1. Зниження симптомів: У військових, які пройшли комплексну реабілітацію, зменшилися симптоми ПТСР, тривоги та депресії.

2. Покращення фізичного стану: Поєднання фізичної та психологічної реабілітації сприяло поліпшенню загального здоров'я.

3. Мультидисциплінарний підхід: Програми, що включають різних фахівців, показали кращі результати в реабілітації.

4. Соціальна підтримка: Підтримка родини та громади пришвидшила процес відновлення.

5. Довготривале поліпшення: Через кілька місяців після реабілітації зберігалися позитивні зміни в психічному стані і якості життя.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АМБУЛАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВИХ З ЗАГОСТЕННЯМ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Гулуєв В.Н.

Реабілітаційний центр PROMED, м. Одеса

Актуальність: Зважаючи на тривалий перебіг повномасштабного вторгнення в Україну, велика кількість військовослужбовців отримують зниження або втрату працездатності внаслідок травм або хронічної травматизації опорно-рухового апарату. Серед факторів які призводять до травм, зокрема слід зазначити: стрибки з броньованої техніки, біг по

пересіченій місцевості, падіння, несприятливі погодні умови, тощо. Причини, що ускладнює реабілітацію: вік, надлишкова вага, тривалість перебування у війську, виконання бойових завдань. В результаті проведеного аналізу причин отримання інвалідності серед військовослужбовців м. Одеса за 1 квартал 2024 року, було виявлено 60% — поранень, 40% – загальні захворювання, серед яких значне місце займають патології опорно-рухового апарату.

Мета. Вплив амбулаторної реабілітації для діючих військовослужбовців з пателофеморальним больовим синдромом (ПФБС) на виразність болю та функціональні можливості нижніх кінцівок.

Методи і матеріали: Дослідження проводилось на базі реабілітаційного центру PROMED. Для дослідження було відібрано 32 військовослужбовця з ПФБС. Серед них виявлено особи з дегенеративними пошкодженнями менісків – n=12, колатеральною нестабільністю – n=8, неускладненим ПФБС – n=12.

Основними задачами реабілітації були:

- усунення больового синдрому з використанням ізометричних силових вправ, функціональної магнітної стимуляції та кріотерапії при набряках;
- покращення моторного контролю колінного суглоба за рахунок вправ на баланс та координацію, вправ з коактивації квадрицепсу та гамстрингів, збільшення сили м'язів стегна в обох кінетичних ланцюгах;
- пліометричні навантаження по переносимості;

Для оцінка ступеня болю було використано шкалу ВАШ. Візуально-аналогова шкала- метод суб'єктивної оцінки болю, який дозволяє пацієнту оцінити інтенсивність на неградуйованій лінії довжиною 10 см точку, що відповідає ступеню вираженості болю. Ліва межа лінії відповідає визначенню «болу немає», права - «найгірший біль, який можна собі уявити». оцінка болю за ВАШ. Функціональну оцінку нижніх кінцівок проводили за шкалою LEFS. Максимальне силове навантаження вимірювалось за допомогою одноповторного максимуму (1ПМ) (кг) розгинання коліна в тренажері.

Результати: Після проведеної амбулаторної реабілітації було отримано наступні результати. У пацієнтів з дегенеративними пошкодженнями менісків: рівень болю за шкалою ВАШ знизився на $0,88 \pm 0,1$ кількість балів за шкалою LEFS підвищилась на $3,6 \pm 0,21$, 1ПМ збільшився на $1,8 \pm 0,12$

У пацієнтів з колатеральною нестабільністю колінного суглоба: рівень болю за шкалою ВАШ знизився на $0,96 \pm 0,14$ кількість балів за шкалою LEFS підвищилась на $2,4 \pm 0,16$, 1ПМ збільшився на $1,6 \pm 0,1$

У пацієнтів з пошкодженнями менісків: рівень болю за шкалою ВАШ знизився на $1,78 \pm 0,21$ кількість балів за шкалою LEFS підвищилась на $4,6 \pm 0,14$, 1ПМ збільшився на $2,3 \pm 0,1$.

Висновки: Амбулаторна реабілітація діючих військовослужбовців з дегенеративними ушкодженнями менісків, колатеральною нестабільністю та пателофеморальним больовим синдромом має відчутний вплив на збереження боєздатності війська. В той же час існує велика проблема з лікуванням дегенеративно дистрофічних захворювань колінних суглобів. Не достатній рівень підготовки медиків бригад щодо хронічних захворювань спричиняє більш тривалий процес та менш ефективний результат реабілітації. Низький ефект від реабілітаційної допомоги стимулює зростання кількості осіб з інвалідністю, що не пов'язана з бойовими пораненнями.

МІСЦЕ ЛАКТАТУ ПІД ЧАС ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ

Гуніна Л.М.

Державний податковий університет України, м. Ірпінь

Нашому організму при фізичних навантаженнях, потрібна енергія для здійснення функціональних обов'язків усіх органів і систем, а особливо – для скоротливої діяльності скелетних і міокарда. З їжею до організму надходять вуглеводи, що є основними енергетичними субстратами, які в кишечнику розщеплюються до глюкози, що згодом потрапляє у кров і транспортується до усіх клітин організму, включаючи м'язові.

У цитоплазмі клітин відбувається гліколіз – окислення глюкози до пірувату (пірвіноградної кислоти, ПВК) з утворенням АТФ, а згодом за допомогою ферменту лактатдегідрогенази піруват відновлюється до молочної кислоти, яка відразу втрачає іон водню та може приєднати іони натрію (Na^+) чи калію (K^+) і перетворюватися на сіль молочної кислоти – лактат.

Отже, молочна кислота і лактат – це не ідентичні речовини, й накопичується в м'язах, елімінується з них і перетворюється саме лактат, тому говорити про молочну кислоту в м'язах не є некоректним.

Дослідження останніх десятиліть спростували твердження, що лактат – це побічний продукт, який утворюється у працюючих м'язах через нестачу кисню, а що $\text{La}(-)$ завжди є кінцевим продуктом гліколізу.

Таким чином, накопичення лактату в м'язах, а потім послідовно у крові, відображає тільки баланс між його синтезом та виведенням і не має відношення до аеробного або анаеробного механізму формування енергії. Лактат завжди утворюється під час гліколізу незалежно від наявності чи відсутності (нестачі) кисню – він виробляється навіть у стані м'язового спокою.

З наукової точки зору твердження, що лактат викликає біль у м'язах, достатньо давно заперечується, але на побутовому рівні поширені висловлювання щодо провини лактату у виникненні болю у м'язах після навантаження («крепатура»). Насправді, згідно сучасних консолідованих суджень вчених, лактат є лише тригером формування синдрому «мікропошкодження м'язових волокон» (EIMD – від англ. *Exercise-Induced Muscle Damage*) та «відтермінованої м'язової хворобливості», або скорочено DOMS (від англ. *Delayed Onset of Muscle Soreness*).

Це два добре на сьогодні відомих у спорті синдромів, здатних, незалежно від виду спорту та індивідуальних особливостей атлета, прискорювати настання стомлення та відповідне зниження фізичної роботоzдатності.

Поява зазначених синдромів EIMD і DOMS у багатьох ситуаціях уповільнює відновлення після тренувань, знижує подальше зростання фізичної підготовленості. Ці обставини особливо важливі в умовах інтенсифікації тренувальних навантажень, навіть при її своєчасності, у динаміці річного макроциклу та багаторічного вдосконалення у сучасному спорті загалом та у процесі підготовки кожного окремого кваліфікованого спортсмена, зокрема.

Синдром відстроченої м'язової хворобливості, або DOMS, також відомий як «м'язова лихоманка», проявляється болючими відчуттями в м'язах, особливо після раніше не виконуваних і/або незвичних вправ високої інтенсивності. Протягом багатьох років DOMS помилково розглядався лише як результат накопичення лактату в м'язовій тканині (те, що спортсменами називалося «крепатура») у процесі інтенсивної роботи. З часу, що пройшов з моменту початкового спостереження про затримку розвитку проявів больового синдрому в м'язах, спостерігалось збільшення кількості досліджень щодо DOMS, й, незважаючи на це, його точна етіологія залишалася незрозумілою. DOMS давно вже не розглядається лише як адаптивна реакція на фізичні навантаження, особливо у втягувальному та втягувально-розвиваючому мезоциклах підготовчого періоду, а також як неминучий елемент інтенсивних навантажень у ході професійної та аматорської підготовки. Етіологія DOMS остаточно не з'ясована, хоча відомо, що тригерними (пусковими) механізмами цього процесу є біохімічні внутрішньоклітинні зміни та запалення внаслідок формування EIMD.

Найчастіше синдром DOMS розвивається після закінчення дії фізичного навантаження; його пік спостерігається між 24 та 48 годинами після тренувального заняття чи змагань. Симптоми DOMS включають зниження м'язової сили, болі, м'язову слабкість, зменшення рухливості та набряклість

у хворобливій ділянці, а також формування біохімічної відповіді у вигляді збільшення концентрації в сироватці крові активності специфічних м'язових ферментів креатинкінази та лактатдегідрогенази, а також аспартат- та аланінамінотрансферази.

Сучасні уявлення про природу DOMS істотно відрізняються від початкових. Біль, обмеження рухливості, утруднення проведення повторних циклів вправ внаслідок DOMS, з одного боку, та накопичення лактату, з іншого, зовсім не пов'язані. Концентрація лактату в крові та м'язах після інтенсивних концентричних анаеробних і, особливо, ексцентричних навантажень, дійсно, підвищується, але досить швидко – протягом 1–1,5 год – приходиться у норму, тобто. до вихідних, до навантаження, значень у конкретного спортсмена. Вираженість проявів DOMS при цьому зростає в перші 24 год, досягає піку між 24 і 48 год, коли показники вмісту лактату сироватки крові вже перебувають у межах норми для спортсменів [9]. На наш погляд, можна припустити, що накопичення лактату в сироватці крові зі зниженням рН середовища, тобто. плазми та інтерстиціальної рідини, лише запускає цілий каскад різних біохімічних реакцій, які згодом і формують симптомокомплекс, характерний для DOMS. При цьому ми вважаємо, що у зв'язку з високоіндивідуалізованою програмою формування адаптованості кваліфікованих спортсменів до навантажень можуть включатися різні тригерні механізми, що провокують подальше запалення та формування даного синдрому. Такий постулат певною мірою може пояснити, чому синдром відстроченої м'язової хворобливості зустрічається не у всіх спортсменів після однакового за спрямованістю та інтенсивністю навантаження.

Для встановлення вираженості синдрому DOMS авторами дослідження було вивчено досить широкий спектр біохімічних та гормональних показників, таких як креатинкіназа, інтерлейкін ІЛ-6, фактор некрозу пухлин TNF- α , малоновий діальдегід та сироваткове залізо, кортизол, тестостерон, загалом традиційних для спортивної лабораторної діагностики.

У реальності рівень лактату суттєво знижується вже через кілька хвилин після закінчення навантаження і повністю приходиться в норму десь через час після тренування. Таким чином, лактат ніяк не може викликати біль у м'язах через 24–72 год після тренування.

Існує також міф стосовно того, що лактат «закислоє» м'язи і викликає їх стомлення. Розповсюджена думка про те, що рівень лактату в крові впливає на роботу м'язів. Однак насправді в цьому винен не лактат, а іони водню, що підвищують кислотність тканин. Коли рН-баланс зміщується у кислую сторону, настає ацидоз. Існує чимало досліджень, які доводять, що ацидоз негативно

впливає скорочення м'язів. У статті «Біохімія метаболічного ацидозу, викликаного фізичними вправами» Роберта Робергса (Robert A. Robergs) та співавторів зазначено, що іони водню вивільнюються щоразу, коли АТФ розщеплюється до АДФ і неорганічного фосфату з виділенням енергії. Коли спортсмен працює із середньою інтенсивністю, іони водню використовуються мітохондріями м'язових клітин для окисного фосфорилування (відновлення АТФ з АДФ). Коли ж інтенсивність вправ і потреба організму в енергетичних ресурсах зростає, відновлення АТФ відбувається переважно рахунок гліколітичної і фосфагенної систем. Це спричиняє збільшене вивільнення протонів H^+ , як наслідок, ацидоз. Тобто винуватцем зниження рН є не лактат, а зовсім інший механізм. Водночас Роберт Робергс припустив, що лактат допомагає впоратися з ацидозом, оскільки може переносити іони водню з клітини. Таким чином, без збільшеного виробництва лактату ацидоз і м'язова втома настали б набагато швидше. Втома викликає ацидоз – накопичення іонів водню та зміщення рН організму в кислий бік. Лактат, навпаки, згідно самих сучасних поглядів, допомагає подолати ацидоз і пригальмовувати настання стомлення.

Оскільки сформовано консолідовану точку зору сучасних дослідників щодо накопичення лактату як тригерного (пускового) механізму подальших послідовних гомеостатичних перебудов після навантажень, то, з нашої точки зору виключати цей показник з діагностичного алгоритму EIMD та DOMS є недоцільним.

В той же час лактат, всупереч необґрунтованим побоюванням щодо його негативного впливу на силу і потужність, створює сприятливі умови для збільшення м'язової сили. Результати дослідження Н. Tsukamoto і соавторів довели, що комбінована добавка з кофеїну та лактату збільшує зростання м'язів навіть під час тренувань низької інтенсивності, активуючи стовбурові клітини та анаболічні сигнали: підвищуючи експресію міогеніну та фолістатину.

Поглиблений та динамічний лабораторний моніторинг повинен відігравати в процесі тестування наявності та вираженості синдромів EIMD і DOMS першорядну роль, оскільки в даному випадку показники сироватки крові, а саме, вміст стресового гормону кортизолу та основного анаболічного гормону тестостерону; маркери запалення, такі як фактор некрозу пухлин α , С-реактивний білок; активність та вміст антиоксидантів ферментативної та неферментивної ланки; прозапальні інтерлейкіни, брадикінін та простагландин F, активність маркерних ферментів – аспартат- та аланін амінотрансфераз і γ -глутамілтранспептидази, лактатдегідрогенази, креатинфосфокінази; та ін., значуще корелюють з вираженістю клінічних проявів мікропошкодження міофібрил. Розуміючи, як саме конкретний спортсмен відповідає на ті чи інші

види навантаження, а також на його обсяг та інтенсивність, тренер може усвідомлено керувати тренувальним процесом, а спортивний лікар та спортивний нутриціолог – вибудовувати індивідуалізовану програму профілактики та корекції стомлення, що стане запорукою подальшого зростання загальної та спеціальної працездатності та, відповідно, змагального результату спортсмена.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ГОСТРОМУ, ПІДГОСТРОМУ, ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДАХ

Дземішкевич О.С., Бичківська В.О., Чаушак А.Є.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Гострий інфаркт міокарда залишається однією з найважливіших проблем реабілітації пацієнтів кардіологічного профілю серед цивільного населення. Перенесений гострий інфаркт міокарда без належної реабілітації призводить до обмеження життєдіяльності майже у 50% пацієнтів.

Мета. Ознайомлення з програмами та методами реабілітації пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда у гострому, підгострому та довготривалому періодах. Оцінка впливу початку реабілітації на обмеження життєдіяльності пацієнтів, які перенесли ГІМ.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні приймали участь 60 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда: 20 з них розпочали реабілітацію у гострому, 20 – в підгострому, 20 – в довготривалому періодах.

Спираючись на сучасні дослідження українських фахівців у реабілітації було виділено три періоди:

- Гострий (від 10 днів до 3-х тиж.) – пацієнт перебуваючи у лікарні отримує реабілітаційну допомогу на всіх етапах лікування: мобілізація у положенні лежачи на ліжку, киснева терапія, вертикалізація, хода з опорою на ходунки, хода без опори, дихальна гімнастика.

- Підгострий (28 днів) – пацієнт перебуває у санаторіях та центрах кардіореабілітації: плавання у басейні, хода на біговій доріжці з поступовим збільшенням швидкості та дистанції, киснева терапія, велотренажер, прогулянки на свіжому повітрі, дихальна гімнастика.

- Довготривалий (з 28 днів до 2 міс) – пацієнт перебуває вдома або відвідує лікувально – фізкультурні центри: плавання в басейні, піші прогулянки, катання на велосипеді, скандинавська ходьба, гіпоксітерапія.

Результати дослідження. З 20 пацієнтів, які почали реабілітацію у гострому періоді обмеження життєдіяльності спостерігалось у 1 пацієнта у вигляді втомлюваності при ходьбі на дистанцію 1000м. З 20 пацієнтів, які почали реабілітацію у підгострому періоді, обмеження життєдіяльності спостерігалось у 3 пацієнтів у вигляді задишки, втомлюваності, запаморочення при ходьбі на дистанцію 800м. З 20 пацієнтів, які почали реабілітацію у довготривалому періоді, обмеження життєдіяльності спостерігалось у 10 пацієнтів у вигляді задишки, швидкої втомлюваності, запаморочення, підняття АТ та збільшення ЧСС при ходьбі на дистанцію 500м, а також при виконанні деяких побутових справ.

Отже, в результаті дослідження було виявлено, що початок реабілітації в гострому періоді покращує якість життя та частота виникнення обмежень життєдіяльності у пацієнтів значно скорочується.

ЗНАЧЕННЯ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖАМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

Єрмакова А.В., Кобець В.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: проблема міжхребцевих гриж є однією з найпоширеніших причин хронічного болю у спині, що значно знижує якість життя пацієнтів та призводить до тимчасової або постійної втрати працездатності. У сучасній медичній практиці важливе місце займає фізіотерапія. Однак, питання ефективності різних фізіотерапевтичних методів у реабілітації пацієнтів з міжхребцевими грижами залишається актуальним та дискусійним.

Мета: проаналізувати теоретичні матеріали наукової літератури щодо ефективності використання фізіотерапії у реабілітації пацієнтів з грижами міжхребцевих дисків.

Методи: аналіз релевантної науково-методичної літератури з питання використання фізіотерапії у реабілітації пацієнтів з грижами міжхребцевих дисків.

Результати: за результатами проведеного аналізу науково-методичної літератури було встановлено, що фізіотерапія в цілому позитивно впливає на функціональний стан опорно-рухової системи та сприяє зменшенню больового синдрому. Деякі окремі фізіотерапевтичні методи, такі як механічна спінальна тракція, нейродинамічна мобілізація і спінальна мобілізація з рухом ніг показали свою ефективність у реабілітаційних заходах. Було виокремлено взаємозв'язок між регулярним застосуванням фізичних вправ та поліпшенням рухових функцій. Окрім того, фізіотерапія

стимулює покращення загального фізичного стану, зокрема гнучкості та сили, що полегшує функціональне відновлення та покращує мобільність.

Висновки: аналіз науково-методичної літератури показав, що фізіотерапевтичні методи лікування є одним із найважливіших елементів комплексної реабілітації пацієнтів з грижами міжхребцевих дисків. Фізичні вправи позитивно впливають на відновлення функцій хребта, підвищують м'язовий тонус, покращують стабільність хребта та зменшують вираженість болю, що сприяє швидшому відновленню та підвищенню рівня якості життя.

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ПРОФЕСІЙНОГО РЕАБІЛОЛОГА Жиденко А.О., Паперник В.В.

Національний університет «Чернігівський колегіум» ім. Т.Г. Шевченка»

У сучасних умовах, під час повномасштабного вторгнення постійно збільшується кількість військових і цивільних людей, які після поранень потребують довготривалої реабілітації, тому питання підготовки якісних фахівців реабілологів є актуальним.

Мета роботи: аналіз можливостей підготовки кадрів у галузі реабілітації в контексті змін законодавства та нормативної бази України.

Згідно наказу Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 14 вересня 2011 року № 1057, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2011 року за № 1133/19871, галузь знань, за якою здійснювалася підготовка фахівців у закладах вищої освіти (ЗВО) за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавр мало назву «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини». За третім напрямком «здоров'я людини» молоді фахівці забезпечувалися здобуттям знань та умінь для виконання своїх професійних обов'язків за допомогою вивчення наступних дисциплін: біохімія, анатомія, фізіологія людини, вікова фізіологія, спортивна фізіологія, спортивна медицина, лікувальна фізкультура, валеологія (основи здоров'я людини) та методика викладання, гігієна, основи масажу, фізична реабілітація, основи медичних знань, психофізіологія, психовалеологія та інших курсів. Крім того, для освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» за напрямом підготовки «здоров'я людини» мали місце наступні спеціальності: здоров'я людини, фізична реабілітація, фітнес та рекреація. Тому, на багатьох факультетах у ЗВО не медичного спрямування були ліцензовані спеціальності, пов'язані з реабілітацією. Подальші зміни законодавства та нормативної бази України дали ще більше можливостей підготовки фахівців реабілологів. Так, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 року

№ 266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» зі змінами, внесеними згідно з постановами КМ №674 від 27.09.2016, №53 від 01.02.2017, галузь знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» перестала існувати, а «Педагогічна освіта» трансформувалась у галузь знань 01 «Освіта/Педагогіка», спеціальностями якої є: 014.11 Середня освіта (Фізична культура) та 014.14 Середня освіта (Здоров'я людини), 017 Фізична культура і спорт. Крім того, до напрямку підготовки «Здоров'я людини» відносять галузь знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 227 Фізична реабілітація (згідно наказу за № 1151 від 06.11.2015, у якому було затверджено Таблицю відповідності Переліку наукових спеціальностей), а пізніше 227 Фізична терапія, ерготерапія, 227 Терапія та реабілітація (Наказ №53 від 01.02.2017, постанова Кабінету Міністрів України від 7 липня 2021 р. № 762)). Ці документи дали можливість отримання спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» на факультетах фізичного виховання. Аналіз навчальних планів першого (бакалаврського) рівня ЗВО показав можливість цього, тому що фахівці спеціальності 014.14 Середня освіта (Здоров'я людини) мали 52 кредити на дисципліні фізичного виховання і спортивного тренування та при цьому набували компетентності з дисциплін: «Здоров'я людини, його діагностика», «Фізична терапія та ерготерапія», «Фізична і реабілітаційна медицина», «Біологія людини», «Педіатрія» тощо. Крім того, завжди потребує окремої уваги реабілітація спортивного травматизму та стану перетренованості у спортсменів, зокрема в Навчальному плані Підготовки магістрів було 4 дисципліни медико-біологічного циклу.

Після впровадження на факультетах фізичного виховання постанови МОН України від 26.01.2015 № 47 «Про особливості формування навчальних планів на 2015/2016 навчальний рік» та «Роз'яснення та рекомендації щодо реалізації ...» цього наказу від 13.03.2015 № 1/9-126 про рекомендації щодо обмеження кількості навчальних дисциплін до 8 у кожному семестрі все змінилося. За рахунок зменшення кількості годин шляхом об'єднання курсів або повного видалення дисциплін природничо-наукової підготовки з Навчального плану, залишилось 32+4 (по додатковій спеціалізації) кредитів, що складає 15,0% від загальної кількості кредитів. А для дисциплін професійної та практичної підготовки (біомеханіки, рухливих і спортивних ігор, плавання, гімнастики, фітнесу та ін.) – 130+43 (по додатковій спеціалізації) кредитів, що складає 72,0% від їх загальної кількості. Крім того, за наказом МОН України від 12.05.2016 № 506 з факультету фізичного виховання на природничий факультет було передано

Спеціальність «Здоров'я людини» – Шифр 014.05 Середня освіта (Біологія та здоров'я людини).

В новому Навчальному плані Підготовки бакалаврів галузі знань 01 Освіта/ Педагогіка Спеціальності 017 Фізична культура і спорт та у відповідній Освітній програмі (ОП), після проходження акредитації було залишено лише 5 дисциплін медико-біологічного циклу: Анатомія людини, Біохімія, Основи медичних знань, Фізіологія рухової діяльності, Спортивна медицина, що складає лише 21 кредит з 160 кредитів дисциплін професійної підготовки. Із ОП магістрів на факультеті фізичного виховання вилучили усі медико-біологічної дисципліні, тому виникає питання: «Якщо бакалаври отримали освіту на інших факультетах, наприклад, філологічному або історичному і закінчили магістратуру на факультеті фізвиховання, можуть бути вони фахівцями тренерами?» Підготовка реабілітологів на факультетах фізичного виховання взагалі стає неможливою.

Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2024 р. № 981 «Про реалізацію експериментального проекту щодо запровадження дуальної форми здобуття вищої освіти для підготовки фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я», спеціаліст, який випускається із закладу освіти, має мати не лише якісні теоретичні знання, але і практичні навички. Для цього необхідно забезпечити потужну практичну підготовку спеціалістів із реабілітації. Згідно цього пілотного проекту, час навчання на робочих місцях становитиме щонайменше 45%. Студентів, які стануть учасниками експериментального проекту, прийматимуть до закладу охорони здоров'я на посаду «Асистент фізичного терапевта» та «Асистент ерготерапевта». Вони проходитимуть освітню програму (виконуватимуть індивідуальний навчальний план) на робочому місці під керівництвом найбільш кваліфікованих фахівців з реабілітації з досвідом роботи фізичного терапевта або ерготерапевта. Студент отримає контрольований доступ до роботи з пацієнтом, до того ж матиме мотивацію – заробітну плату. Заклади охорони здоров'я, у свою чергу матимуть можливість впливати на формування змісту освітніх програм. Усе це допоможе підвищити якість підготовки асистентів фізичного терапевта і ерготерапевта. Підготовка якісного професійного фахівця реабілітолога можлива тільки в медичних ЗВО за спеціальною програмою.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Звада В.В., Очаківська К.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Проблеми з ампутацією нижніх кінцівок у військових значно зросли у зв'язку з АТО, ООС та повномасштабним вторгненням, починаючи з 2014 року по теперішній час.

Статистика вказує, що загальна кількість поранень нижніх кінцівок становить ~ 63%, що веде за собою великий відсоток ампутацій, що часто поєднується з іншими видами травм.

Реабілітація для військовослужбовців – це комплексний підхід, що спрямований на відновлення фізичного, психологічного та соціального стану.

Завдання та мета досліджень.

1. Визначення ефективності та особливостей реабілітації у військовослужбовців після ампутації нижніх кінцівок.
2. Надання доступної, безпечної та спеціалізованої допомоги.
3. Індивідуальний та комплексний підхід до кожного пацієнта.
4. Забезпечити повне відновлення фізичного та психологічного здоров'я.

Матеріали та методи досліджень.

До дослідження було залучено 50 пацієнтів, які знаходились на різних етапах фізичної реабілітації, а саме:

- у ранній післяопераційний період (до 7 діб), який включає профілактику набряків, застійних пневмоній, запобігання атрофії м'язів кукси та контрактур за допомогою лікувальної фізкультури (загальнорозвиваючі вправи), фізіотерапевтичних процедур (електрофорез та магнітотерапія) та лімфодренажного масажу;

- у пізній післяопераційний період (7-21 діб), що полягає у формуванні кукси, усуненні контрактур та зміцненні м'язів із застосуванням ЛФК (вправи для стабілізації рівноваги), фізіотерапії (електрофорез, іонофорез, електростимуляція стояння та ходьби), лімфодренажний та лікувальний масаж, також можливе використання кінезіотейпування;

- у відновлюваний період (з 21 доби) можливі заняття декілька разів на тиждень, завданням яких є поліпшення загального тону м'язів, оволодіння протезом. ЛФК – вправи для рівноваги та координацію рухів, фізіотерапевтичні процедури (магнітотерапія та ультразвук) та лікувальний масаж.

Також для успішних результатів потрібна ще психологічна реабілітація, важливими принципами якої є вчасний початок, комплексність, безперервність, поетапність, індивідуальний підхід та єдність методів впливу.

Результати досліджень. За результатами проведених досліджень було виявлено, що 80% військовослужбовців з ампутаціями нижніх кінцівок у відновлюваному періоді успішно виконали план реабілітації, оволоділи протезом та стабілізували психоемоційний стан, серед них були і ті, які опанували певні види спорту (боча, баскетбол на візках, настільний теніс, волейбол сидячи, стрільба з лука).

АКТУАЛЬНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ АХІЛЛЕСОВОГО СУХОЖИЛЛЯ

Кальніна Т.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: травми ахіллесового сухожилля займають провідне місце серед травм опорно-рухового апарату. За статистикою ця травма виникає у віці від 6 до 35 років з частотою 1 на 100 000 осіб. Травми сухожилля найчастіше пов'язані зі спортом.

Мета: оглянути та проаналізувати теоретичні матеріали наукової літератури та методичні підходи щодо актуальності фізичної реабілітації після реконструкції ахіллесового сухожилля.

Матеріали і методи: аналіз і узагальнення матеріалів науково-медичної літератури з питань фізичної реабілітації після реконструкції ахіллесового сухожилля.

Результати: за результатами проведеного аналізу науково-методичної літератури щодо актуальності питань реабілітації після реконструкції ахіллесового сухожилля було виокремлено взаємозв'язок між якістю реабілітації ахіллесового сухожилля після реконструкції з ранньою мобілізацією та адекватним руховим режимом. У зарубіжних статтях повідомляється, що найбільші розходження між різними протоколами та підходами до післяопераційного відновного лікування та реабілітації пацієнтів з травмами сухожилля викликають ранній післяопераційний період та методи впливу на сухожилля на ранніх стадіях загоєння протягом перших трьох-шести тижнів, крім того певні дослідники протиставляють свої погляди традиційним і зазначають, що післяопераційний період можливий і без іммобілізації, а рух у суглобах після операції можна дозволяти, але за умови обмеження навантаження. Це свідчить про те, що фізичні фактори

відносяться до основних факторів якісного та повноцінного відновлення ахіллесового сухожилля.

Висновки: Після проведення аналізу науково-методичної літератури було виявлено, що основним засобом реабілітації ахіллесового сухожилля є фізичні вправи. Доведено, що рання мобілізація сприяє зниженню формування рубцевої тканини, що в свою чергу позитивно впливає на відновлення функції травмованої кінцівки.

АМБУЛАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЦЕНТРУ

Канюка Є.В., Руденко О.О.

Дніпровський державний медичний університет,

БУ «Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання

ім. св. праведного Іоанна», м. Дніпро

Актуальність теми. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – група стабільних порушень розвитку моторики і підтримки пози, що ведуть до рухових дефектів, обумовлених непрогресуючим пошкодженням головного мозку у плода або новонародженої дитини. Рухові порушення надають несприятливий вплив на формування психічних, мовних і слухових функцій. В останні десятиліття проблема лікування ДЦП придбала більшої актуальності і соціальну значимість у зв'язку з поширеністю цього захворювання, що приводить до інвалідності. ДЦП розвивається, за різними даними, в 2-3,6 випадки на 1 тис. живих новонароджених і є основною причиною дитячої неврологічної інвалідності в світі. Важливим питанням стоїть створення для дітей з ДЦП усіх необхідних умов з фізичної, медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Оптимальне надання допомоги пацієнту передбачає мультидисциплінарний підхід команди в яку входять фахівців медичного, педагогічного та соціального профілю.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Благодійної організації Благодійна Установа «Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання імені святого праведного Іоанна» Дніпропетровської області м. Підгородне. У дослідженні приймали участь 12 дітей протягом січня – червня 2024 року, віком 10-12 років з діагнозом ДЦП II-го та III-го рівнів за класифікацією великих моторних функцій Gross Motor Function Classification System (GMFCS), що проходили амбулаторну реабілітацію. Серед обстежених дітей було 7 хлопчиків і 5 дівчат. Було сформовано дві однорідні за віком, діагнозом, клінічними симптомами та станом моторних

функцій групи дітей: основну і контрольну. Формування індивідуальної програми реабілітації дитини, включало: первинний огляд лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, педіатра, невролога, фізичного терапевта, ерготерапевта, сенсорного терапевта, логопеда-дефектолога, психолога, фахівця з арт-терапії; постановку цілей за SMART форматом; програму втручання кожного фахівця. Діти контрольної групи КГ (n=6) проходили курс реабілітації з акцентом на відновлення порушеної функції – домен В за Міжнародною класифікацією функціонування (МКФ) «функція», а саме: виконання активних та пасивних динамічних гімнастичних вправ, що призводило до нормалізації м'язового тону, сили м'язів, відновлення амплітуди рухів у суглобах кінцівок, масаж верхніх кінцівок; активну та пасивну гімнастику пальців рук. Діти основної групи ОГ (n=6) проходили курс реабілітації з акцентом на формування навичок активності та участі – домен D за МКФ «активність та участь», а саме: переступання через перешкоди на рівні гомілкостопного та колінного суглобів, хода по біговій доріжці зі змінним кутом нахилу та по смузі перешкод з нерівними поверхнями, що покращувало координацію рухів та рівновагу, також працювали над формуванням та покращенням навички користуванням ложкою та виделкою; застібання і розстібання ґудзиків та «блискавки» на одязі; зав'язування вузла; малювання. Терапевтичні втручання для дітей ОГ та КГ проводились за методикою Sieglinde Martin. Діти, які мали затримку або порушення мовного розвитку відвідували логопеда-дефектолога. Курс реабілітації тривав 14 робочих днів.

Результати. Після курсу реабілітації у Центрі було встановлено, що функціональний стан дітей обох груп спостереження покращився та відмічалась позитивна динаміка вигляді збільшення амплітуди рухів у суглобах, зменшення спастичності м'язів формування або вдосконалення рухових навичок: поліпшення маніпуляційної діяльності та дрібної моторики верхніх кінцівок, поліпшення координації та рівноваги. Динаміка показників амплітуди рухів у суглобах та тону м'язів: (дорсіфлексія) у гомілкостопному суглобі: до дослідження ОГ $8,5^{\circ} \pm 2,0$; КГ $8,7^{\circ} \pm 2,4$; після дослідження ОГ $10,8^{\circ} \pm 2,2$; КГ $10,3^{\circ} \pm 2,5$. Променовоzap'ясний суглоб: долонне згинання до дослідження ОГ $58^{\circ} \pm 1,6$; КГ $55^{\circ} \pm 2,0$; після дослідження ОГ $69^{\circ} \pm 1,4$; КГ $66^{\circ} \pm 1,8$; тильне згинання до дослідження ОГ $35^{\circ} \pm 2,7$; КГ $37^{\circ} \pm 2,3$; після дослідження ОГ $48^{\circ} \pm 2,4$; КГ $43^{\circ} \pm 2,6$. Тонус м'язів за Ашвортом до дослідження: литкових м'язів ОГ $1,4 \pm 0,2$; КГ $1,3 \pm 0,6$; після дослідження ОГ $0,9 \pm 0,7$; КГ $1,1 \pm 0,5$; згиначів кисті ОГ $1,6 \pm 0,1$; КГ $1,5 \pm 0,3$; після дослідження ОГ $1,0 \pm 0,4$; КГ $1,2 \pm 0,1$.

Висновки. Доведено ефективність застосування мультидисциплінарного командного підходу, розробленої програми реабілітації для дітей з ЦП в умовах інклюзивного центру, а саме покращення відновлення показників м'язового тону, амплітуди рухів у суглобах кінцівок.

ВПЛИВ АДАПТИВНОГО СПОРТУ НА ТЕРМІНИ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кіціс А.Г.

Одеський національний медичний університет

Вступ. За останні роки кількість пацієнтів із пораненнями постійно зростає. На вересень 2024 року з відкритих джерел цифра сягає 400 тисяч. З них від 20 до 90 тисяч людей, які отримали травми, що потребують протезування. Поранення у військових, які є молодими особами, призводять до інвалідизації, тривалої непрацездатності, розладів психіки та зниженню якості життя постраждалих (Юшковська О. Г., Кіціс А. Г., 2024).

Актуальність. Триває пошук засобів реабілітації, що прискорять строки відновлення рухової активності пацієнтів із ампутацією нижньої кінцівки. Вагоме місце у комплексній реабілітації військових займає фізкультурно-спортивна реабілітація. Одним з видів фізкультурно-спортивної реабілітації є адаптивний спорт.

Мета. Використання адаптивного спорту, як частини комплексної реабілітації військових з ампутаціями нижніх кінцівок для зменшення термінів відновлення

Методи. Аналіз науково-методичної літератури, загально клінічне обстеження, функціональне обстеження, анкетування. Загальноклінічне обстеження та функціональне обстеження пацієнтів із ампутацією нижніх кінцівок включає в себе валідні та надійні інструменти оцінювання, що відповідають стану пацієнта, періоду реабілітації та мають перехресну відповідність із класифікатором Міжнародної класифікації функціонування, яка використовується для встановлення реабілітаційного діагнозу, створення категорійного профілю та карти реабілітаційних втручань.

Результати. Було відібрану групу пацієнтів, що складалась з 30 чоловік, з різним рівнем ампутацій нижніх кінцівок та нарізних етапах відновлення. Для кожного пацієнта побудовано реабілітаційний маршрут, який починався від моменту завершення гострого періоду після оперативного втручання та завершувався етапом протезування у разі функціональної можливості пацієнта використовувати протез. Відповідно до діючого законодавства

України на цьому етапі у стаціонарних умовах надається високий обсяг реабілітаційної допомоги, три години на добу. У відповідності до постанови кабінету міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» Кожному пацієнту складено індивідуальний реабілітаційний план, який забезпечував організацію реабілітаційного процесу, враховував обмеження функціонування, потреби та можливості особи. Визначення реабілітаційного діагнозу та створення категорійного профілю було основним у процесі формування програми реабілітаційних втручань, яка узгоджена з усіма членами мультидисциплінарної команди, в яку також входить пацієнт та його родичі. Грунтуючись на категорійному профілі пацієнта для нього створювалась карта реабілітаційних втручань. Враховуючи особливості біомеханіки пацієнтів з різним рівнем ампутації нижньої кінцівки та на різних етапах реабілітація індивідуальна програма реабілітація мала особливості.

Пацієнтам першої групи, у якості одного з видів фізичної терапії до індивідуального реабілітаційного плану було включено один з видів адаптивний спорт. Під час огляду мультидисциплінарної команди, яка використовує АМР та спираючись на функціональні особливості особи, що перенесла ампутацію нижніх кінцівок було підібрано вид адаптивного спорту. Ними використовувались такі види адаптивного спорту, як бочча, баскетбол на візках та пара-гольф. В залежності від оцінки АМР Бочча застосовувалась у пацієнтів з тяжкими порушеннями опорно-рухового апарату та індексом АМР 4-26. Баскетбол на візках особливо актуальний у реабілітації осіб з порушенням опорно-рухового апарату та індексом АМР 15-36. Пара-гольф застосовувався переважно у осіб на етапі протезування та постпротезної реабілітації з рівнем за АМР 37-47, як спорт для всіх, незалежно від віку, фізичного стану чи наявності обмежень фізичних можливостей.

Враховуючи можливість різноманітних змін та порушень у системах організму особи із ампутацією нижніх кінцівок, весь процес застосування адаптивного спорту, як частини індивідуальної реабілітаційної програми вимагав і лікарського контролю під час занять.

Висновки. При проведенні заключних зборів мультидисциплінарної команди пацієнти обох груп мали наступні результати. В обох групах відмічено зміння рівня мобільності за шкалою АМР. У пацієнтів першої групи з рівнем мобільності К0, що відповідає переміщенню за допомогою крісла колісного та для яких використання протезу не покращувало якість життя чи мобільність, досягнуто результат рівня К2 – пацієнт може долати низькі бар'єри навколишнього середовища, обмежено пересувається містом.

У більшості пацієнтів другої групи було досягнуто результат, що відповідає рівню K1, пацієнт може пересуватись по рівній поверхні, що типово для необмеженої мобільності у побуті. Рівень повсякденної активності у групі I мав також більш виразні результати у порівнянні з групою II. Пацієнти першої групи мали більш суттєвий прогрес у зміни рівня тривоги та депресії відносно пацієнтів другої групи. Спираючись на дані тестування пацієнтів обох груп, можна зробити висновок, що включення адаптивного спорту у програму реабілітації військових із ампутацією нижньої кінцівки є важливим для забезпечення якісної реабілітації, та пришвидшення відновлення пацієнта. Спорт для військових можливість бути учасником реабілітаційного процесу проєднаного зі можливість комунікувати за принципом «рівний-рівному».

ПІДГОТОВКА НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ ВИЩОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ ЗІ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ: ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСТЬ

Клапчук В.В.

Національний університет «Запорізька політехніка»

Спортивна медицина та лікувальна фізкультура – це важливі напрями наукових знань і практичної діяльності, які відображають лікувально-профілактичні принципи сучасної медицини. При цьому спортивну медицину розглядають як прикладну галузь медико-біологічної спортивної науки, що вивчає вплив на організм людини засобів фізичної культури і спорту, розробляє та обґрунтовує раціональну методика фізичних вправ і спортивного тренування з метою всебічного гармонійного розвитку, зміцнення здоров'я і підвищення працездатності людини. В більшості зарубіжних країн поняття спортивна медицина об'єднує всі медико-біологічні науки, які вивчають проблеми фізичної культури і спорту.

В Україні у 2006 році утворена Асоціація фахівців із спортивної медицини та лікувальної фізкультури. На XXIX Конгресі Міжнародної федерації спортивної медицини в Китаї (м. Пекін) вона була прийнята до Міжнародної та Європейської федерацій спортивної медицини. Поруч зі спортивною медициною багато років з успіхом крокувала лікувальна фізкультура і довела свою корисність у відновному лікуванні в клініці та спорті.

Усі дисертації, що наводяться у цій публікації, захищені у Спеціалізованій вченій раді у Дніпропетровській державній медичній академії за спеціальністю 14.01.24 – «Лікувальна фізкультура та спортивна медицина». Вона була єдиною в Україні, де приймалися до захисту докторські і кандидатські дисертації у галузі медичних наук за цією спеціальністю.

Перед усім, у переліку захищених дисертацій зі спортивної медицини запоріжцями слід зазначити докторську дисертацію завідувача курсу ЛФК і спортивної медицини Запорізького державного медичного університету МОЗ України МИХАЛЮКА Є.Л. «Діагностика граничних та патологічних станів при крайніх фізичних навантаженнях в олімпійському та професіональному спорті» (2007 рік). Науковий консультант – д. мед. н., професор Клапчук В.В. Вона присвячена удосконаленню методів діагностики граничних та патологічних станів з метою попередження шкідливого впливу фізичних перевантажень на серцево судинну систему спортсменів. Вивчено вплив високих тренувальних навантажень на показники варіабельності серцевого ритму, центральної гемодинаміки та фізичної роботоспроможності у спортсменів високого класу ациклічних та циклічних видів спорту та проаналізовані їх зміни від рівня кваліфікації та статі.

У числі перших була кандидатська дисертація лікаря футбольної команди вищої ліги «Металург», Запоріжжя, ЛЕВЧЕНКО Л.І. на тему «Корекція функціонального стану спортсменів екзогенними макроергічними фосфатами», яку він захистив у 2005 році. Робота виконувалась у Запорізькій медичній академії післядипломної освіти під керівництвом д.мед.н., професора ФУШТЕЯ І.М. Надалі за результатами проведених досліджень дисертантом спільно з науковим керівником у 2010 році видано монографію «Макроергічні фосфати в корекції функціонального фізичного стану спортсменів-футболістів».

У цей період також виконувалась кандидатська дисертація лікарем Запорізького обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру ФЕТИСОВОЮ В.В. на тему «Лікарський контроль при відновних фізичних тренуваннях висококваліфікованих плавців після гострих респіраторних захворювань» (захист у 2008 році). Робота планувалась и виконувалась у Дніпропетровській державній медичній академії МОЗ України, а дослідження – на базі Запорізького обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру. Науковий керівник – д. мед. н., професор Клапчук В.В. Робота присвячена обґрунтуванню, розробці методики відновних велоергометричних тренувань плавців з урахуванням їх індивідуальної толерантності до фізичного навантаження.

Над кандидатською дисертацією працював і лікар ФК «Зоря» (Луганськ) ЧЕРНСВ О.В., коли він базувався у Запоріжжі. Її тема «Сучасні технології застосування метаболітотропних засобів щодо підвищення ефективності тренувально-змагальної діяльності професійних футболістів». Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. Науковий керівник – д. мед. н., професор Апанасенко Г.Л. Захист відбувся у 2016 році. Дисертація присвячена проблемі підвищення

ефективності лікарського контролю за особами, які займаються футболом на підготовчому періоді з перевагою тренувальних навантажень анаеробної спрямованості шляхом обґрунтування застосування метаболітотропного засобу – сукцинату натрію на основі клініко-інструментальних, біохімічних та цитологічних досліджень.

За цією спеціальністю захистила кандидатську дисертацію і старший викладач кафедри спеціальної освіти та реабілітології Запорізького національного технічного університету МОН України МАРЮХНІЧ Н.В. на тему «Лікарський контроль фізичного стану та рухових можливостей при фізичних тренуваннях школярів з ослабленим зором» (2018 рік). Науковий керівник – д. мед. н., професор Клапчук В.В. Робота присвячена проблемі лікарського контролю при фізичному вихованні підлітків середнього шкільного віку з ослабленим зором. Методологія виконаної роботи базується на об'єктивній оцінці функціонального стану та рухових можливостей в процесі фізичної реабілітації. Обґрунтовано інформативний обсяг функціональних досліджень і оціночні критерії для лікарського контролю при фізичному вихованні школярів.

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ
ІННОВАЦІЙНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
У ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧУ ТА СПОРТИВНУ ДІЯЛЬНІСТЬ
В ОДЕСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ
Коростильова Г.Ю.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Молодь становить значну частину суспільства і від стану її здоров'я та фізичного розвитку залежить майбутнє здоров'я нації. Здатність здобувача вищої освіти відзначати навіть незначні зміни в роботі над собою має важливе значення, бо підкріплює його впевненість у своїх силах, активізує, сприяє подальшому вдосконаленню програми самовиховання та реалізації здорового способу життя. Після важкого періоду КОВІД-19 багато українців відчули чи відчувають на собі неприємні наслідки інфекції та продовжують боротьбу з ними. Створити систему комплексного оцінювання, корекції та моніторингу фізичного, психічного та соціального здоров'я здобувачів вищої освіти з можливістю аналізу та прогнозу захворювань на індивідуальному та популяційному рівнях дозволить сформувати «корисну звичку» самоконтролю та відповідальності, сформувати уявлення про методи досліджень фізичного розвитку, стану функціональних систем організму,

фізичної працездатності та фізичної підготовленості з початку та впродовж всього періоду навчання в вузі. Підвищити інтерес до самостійних занять фізичними вправами, оздоровлення, формування здорового стилю життя. Розробити індивідуальні рекомендації щодо здорового способу життя та «індивідуального маршруту здоров'я».

Мета дослідження. Обґрунтування необхідності використання в навчальному процесі інформаційно-комп'ютерних технологій як засобу методичної підтримки навчального процесу. Організація моніторингу фізичного і функціонального стану здобувачів вищої освіти на період навчання у вузі. Впровадження сучасних комп'ютерних технологій в практику діяльності структур вузу по організації здорового способу і стилю життя.

Матеріали дослідження. Для оцінки теоретичний знань та результатів тренування для відповідних циклів застосовувалось опитування за допомогою Google-форм протягом циклів з наступних дисциплін: «Аеробні види оздоровчого фітнесу», «Фітнес з елементами бойових видів спорту», «Валеологія», «Психічно-регулюючі види оздоровчого фітнесу», «Силовий фітнес», «Фізичне виховання», а також впроваджених розробок кафедри «Паспорт здоров'я і фізичної підготовленості здобувача вищої освіти», тематичних відео-уроків, методичних розробки для самостійної роботи здобувача освіти.

Окремо за допомогою опитування вивчалася думка здобувачів освіти щодо інновацій в форматі навчання.

Результати дослідження в дослідженні брали участь, всі вітчизняні та іноземні студенти ОНМедУ з першого по п'ятий курс. Заняття проводилися відповідно до розкладу кожної групи оффлайн або онлайн. Студенти і викладачі виконували фізичні вправи, як синхронно разом з викладачем, так і асинхронно. Для оцінки самостійної теоретичної роботи студента були апробовані тести в форматі Google, які кожен студент отримував на свій носій особисто і міг відповісти на тест використовуючи телефон, планшет або комп'ютер. І відразу отримати оцінку за результатом відповіді після відправки форми.

Для оцінки стану здоров'я і фізичної підготовленості так само був впроваджений в програму навчання Паспорт здоров'я в форматі Google, який дозволить кожному студенту самостійно в динаміці з 1 курсу по 6 курс контролювати рівень фізичної підготовленості і здоров'я індивідуально.

Паспорт здоров'я складається з 6 розділів, який містить: збирання анамнезу, соматоскопію – яка дозволяє оцінити статуру, пропорції тіла, поставу, шкірні покриви, особливості розвитку мускулатури і кісткової системи, особливості будови грудної клітки, спини, хребта, ніг; вимірювання антропометричних даних, проведення тестових вправ на фізичну

тренуваність, функціональних проб з оцінювання здоров'я дихальної, серцево-судинної, нервової та інших систем організму. Також, важлива інформація про самооцінку здоров'я, яку можна отримати при виконанні методики визначення біологічного віку та темпів старіння, має велике значення для всіх учасників навчального процесу.

Висновки. Впровадження комп'ютерних технологій у фізкультурно-оздоровчу та спортивну діяльність в одеському національному медичному університеті має низку переваг, які дозволяють ефективно вирішувати освітні та виховні завдання, що сприяють підвищенню інтересу до самостійних занять фізичними вправами, оздоровленню, формуванню знань здорового стилю життя сучасної молоді.

Впровадження інноваційних комп'ютерних технологій допомагає виявляти ризики розвитку захворювань на доклінічному рівні, сприяє розвитку у здобувачів навичок самооцінки стану організму і фізичного самовдосконалення, стимулює самостійність в процесі добування знань про самого себе, формує у здобувачів здоров'язбережувальні компетенції проводити моніторинг здоров'я та підвищити ефективність навчання майбутніх фахівців.

Впровадження «Паспорту здоров'я і фізичної підготовленості здобувача вищої освіти» в навчальний процес має великий освітній потенціал, так як дає можливість здобувачам вищої освіти пройти самодіагностику он-лайн, спостерігати за динамікою зміни стану свого здоров'я, фізичного розвитку і фізичної підготовленості та отримати об'єктивну та достовірну інформацію про своє фізичне, психічне та соціальне здоров'я.

АНАЛІЗ МЕТОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Кравець С.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Синдром Дауна – це хромосомна аномалія, що виникає через наявність «додаткових» копій генів у 21-й хромосомі, і може бути представлена трисомією 21 (мейотичне нерозходження), трисомією 21, мозаїцизм (мітотичне нерозходження), трисомією 21 (транслокація).

Згідно зі звітом Центру медичної статистики МОЗ України за останні 10 років в Україні щорічно реєструються від 445 у 2012 році до 217 у 2019 році новонароджених дітей із встановленим синдромом Дауна. Частота народження дітей з синдромом Дауна складає 74-80 на 100 тис. новонароджених. Характерними зовнішніми ознаками синдрому Дауна:

«пласке» обличчя, потовщена шийна складка, коротка шия, мигдалеподібний розріз очей, великий складчастий ніс, недорозвиненість фаланг і вкороченість пальців, поперечна складка на долоні. А також характерним є зниження м'язевого тону та підвищена рухливість у суглобах. На ранніх етапах розвитку зазвичай виявляється легка затримка розумового розвитку, яка до 2-4 років стає більш вираженою де страждають інтелект і мислення, та інші психічні функції, зокрема, комунікативні.

Мета роботи. Проаналізувати та визначити основні методи реабілітації дітей з синдром Дауна.

Матеріали і методи. Проведено аналіз та узагальнення даних методичної та наукової літератури.

Результати дослідження. Аналізуючи матеріали наукових статей, методичної та наукової літератури щодо даного питання було визначено, що основними методами фізичної реабілітації є: нейрокінезотерапія, Войта терапія, Бобат терапія, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, сенсорно-інтегральна терапія. Дослідження різних наукових груп вказують, що вище зазначені заняття сприяють удосконаленню та розвитку нових рухових якостей, посиленню сили м'язів, витривалості, зміцненню м'язового корсету, покращенню координації рухів та рівноваги, а також сприйняттю тіла в просторі.

Основними методами психологічної реабілітації є: психодіагностика, психологічна корекція, групові заняття з психотерапії, консультування батьків, а також методи арт-терапії, музикотерапії, сенсорної терапії тощо. Методи психологічної реабілітації допомагають підтримати емоційне здоров'я, сприяють розвитку комунікативних навичок, адаптації до змін в навколишньому середовищі, знижує стан стресу та навчає долати останній.

Основними методами педагогічної реабілітації є: педагогічна діагностика, корекційно-розвиткова робота, логопедична корекція, естетичне виховання, підготовка до інтегрованого навчання та інші. Вище вказані методи забезпечують індивідуалізацію навчання, можливість створення навчальних програм, що враховують особливості і потреби кожної дитини, застосування спеціальних методик для покращення когнітивних, мовних та соціальних навичок, сприяють соціалізації дітей в навчальних колективах, залученню батьків до навчального процесу, для забезпечення підтримки вдома.

Крім того до актуальних методів в реабілітації дітей з синдромом Дауна також відносять ерготерапію: навчання навичкам самообслуговування, пристосування до побутового середовища (приготування їжі, догляд за тваринами та/або рослинами, догляду за собою), розвиток вміння спілкуватись

з дорослими і дітьми, відкриття у дітей здібностей і талантів і подальший їх розвиток. Комплексний підхід сприяє адаптації до соціального оточення і співпраці, вирішенню конфліктів, формуванню позитивних стосунків, отриманню навичок та кваліфікацій, що сприятиме працевлаштуванню і фінансовій незалежності в майбутньому.

Висновок. Основні методи, які використовують в реабілітації дітей з синдромом Дауна, поділяють на фізичну реабілітацію, педагогічну, психологічну та ерготерапію.

Наявність можливості вибору методу впливу із кожної групи методів дозволяє комплексно підібрати індивідуальну програму реабілітації, враховуючи супутні захворювання пацієнта і його функціональні можливості тощо.

Можливість реалізації вищевказаних методів в лікувальному закладі потребує наявності мультидисциплінарної реабілітаційної команди та сприяє своєчасному виявленню, профілактиці та лікуванню пацієнтів з синдромом Дауна.

ПОЯВА ДИСТОНІЧНОГО ТИПУ РЕАКЦІЇ НА ФІЗИЧНЕ НАВАНТАЖЕННЯ У СПОРТСМЕНІВ З МЕТАБОЛІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ

Михалюк Є.Л.,¹ Гороховський Є.Ю.²

¹ *Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

² *Запорізький національний університет*

У спортивно-медичній літературі, частіше у підручниках та навчальних посібниках у розділі «Функціональні проби» при описі критеріїв оцінки проб на відновлення (проба Мартіне-Кушелєвського або 20 присідань за 30 с та ін.) більшість авторів по-різному звертає увагу на дистонічний тип реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження з феноменом «нескінченного тону» [Шаповалова В.А. зі співавт. 2008; Романчук О.П., 2010; Абрамов В.В. зі співавт. 2014; Сокрут В.М. зі співавт. 2019]. У більшості повідомлень повторюється, як нам здається, помилкове уявлення про більш часту його появу, в тому числі в осіб, які перенесли стан перетренованості або виснажливі фізичні навантаження [Абрамов В.В. зі співавт. 2014; Сокрут В.Н. зі співавт. 2019; Юшківська О.Г. зі співавт. 2023].

Згідно О.К. Зубенка [1959] цей феномен виникає в результаті підвищеної лабільності тону судин у зв'язку з порушенням нервової регуляції й зустрічається при захворюваннях вегетативної нервової системи та при перетренованості. В.В. Клапчук зі співавт. [1995] вважали, що його наявність

вимагає корекції фізичних навантажень, щоправда, не вказують яких. В.В. Абрамов зі співавт. [2014] та В.М. Сокрут зі співавт. [2019] вважають його появу при перевтомі та фізичній перенарузі у спортсменів.

Мета роботи. Визначити появу дистонічного типу реакції на дозоване фізичне навантаження у вигляді субмаксимального тесту PWC170 у футболістів з метаболічною кардіоміопатією.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 741 футболіст віком від 11 до 36 років (середній вік $20,1 \pm 0,17$ років), спортивної кваліфікації від III розряду до МСМК. У деяких спортсменів були зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу на ЕКГ, тому з метою диференціальної діагностики проводився перший етап діагностичного тесту навантаження на велоергометрі з відсутністю абсолютних і відносних протипоказань для його проведення. Фізичну працездатність визначали на велоергометрі Corival за загальноприйнятою методикою [Михалюк Є.Л. 2007] з вимірюванням пульсу та артеріального тиску (АТ) у стані спокою сидячи на велоергометрі, пульсі та АТ після першого та другого фізичного навантаження, а також пульсу та АТ на 5 хвилині відновлювального періоду [Михалюк Є.Л. зі співавт. 2022].

Результати та обговорення. У наявних наукових роботах, у яких автори посилаються на даний феномен зазначається, що він виникає у спортсменів після дозованого фізичного навантаження у вигляді проби Мартинє-Кушелевського (проба 20 присідань за 30 с). Але ми керувалися рекомендацією Є.А. Віру, яка показала, що при роботах тривалістю 3-5 хвилин частіше, ніж при роботі тривалістю 30-60 с може з'явитися феномен «нескінченного тону», тому ми обрали як навантаження субмаксимальний тест PWC170.

Наукові джерела свідчать, що більшість авторів пропонує позитивно оцінювати феномен «нескінченного тону» після фізичного навантаження у вигляді 20 присідань за 30 с при його реєстрації протягом 2 хвилин. Але ми вважаємо, що після фізичного навантаження значно більшого за потужністю та тривалістю у вигляді субмаксимального тесту PWC170 потрібен значно більший час відновлення, тому вибрали 5-хвилинний відновлювальний період, після якого у всіх футболістів (100%) з'явився діастолічний артеріальний тиск. Деякі автори вважають появу «нескінченного тону» результатом перетренованості спортсменів, тому ми провели аналіз поєднання «нескінченного тону» у спортсменів з метаболічною кардіоміопатією (КМП), що з'являється на тлі хронічного фізичного перенапруження у спортсменів [Михалюк Є.Л., 2007; Михалюк Є.Л., Сиволап В.В., 2007]. Як диференціальна діагностика наявності метаболічної КМП фахівцями в першу чергу після ЕКГ

скринінгу рекомендується проведення навантажувального тестування у вигляді субмаксимального тесту PWC170 [Михалюк Є.Л., 2007 та ін.].

У нашому дослідженні у стані спокою виявлено 236 (31,9%) футболістів зі зміною кінцевої частини шлуночкового комплексу на ЕКГ. Після субмаксимального тесту PWC170 у більшості з них відбулася нормалізація ЕКГ, у 77 (32,6%) ці зміни збереглися або посилилися, при цьому у 39 (50,7%) вони поєднувалися з «нескінченим тоном», а у 38 (49,4%) – «нескінченний тон» був відсутній. Проведений статистичний аналіз показав практично однакове відсоткове співвідношення кількості футболістів з ознаками метаболічної КМП у поєднанні з «нескінченим тоном» та футболістів, які мають аналогічні ознаки КМП без феномену «нескінченного тону» ($p = 0,916$). Отримані результати не дозволяють вважати зміну кінцевої частини шлуночкового комплексу на ЕКГ як ознаку хронічного фізичного перенапруження, причиною появи «нескінченного тону» у футболістів.

Є.А. Віру продемонструвала, що у спортсменів високого класу «нескінченний тон» з'являється частіше, ніж у новачків, і на тлі значної втоми, наприклад, після тривалого кросу (25-30 км) ймовірність появи «нескінченного тону» зменшується. Результати, отримані Є.А. Віру, також не узгоджуються з висновками щодо того, що наявність «нескінченного тону» свідчить про будь-які порушення в організмі. Однак підтверджують думку про зв'язок цього явища зі значною мобілізацією функції серцево-судинної системи на фоні високого рівня її дієздатності.

Таким чином, практично однакова кількість футболістів з підозрою на метаболічну КМП як показника хронічного фізичного перенапруження з феноменом «нескінченного тону» і без нього, не дозволяє вважати метаболічну КМП причиною появи даного феномену. Отримані дані підтверджують думку деяких вчених, що дистонічний тип реакції на фізичне навантаження з «нескінченим тоном» є фізіологічним, а реакція – атиповою.

МІСЦЕ БОЙОВИХ МИСТЕЦТВ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Орлов О.І.

Державний податковий університет України, м. Ірпінь

Наукові дослідження вітчизняних і закордонних вчених та багаторічний досвід практиків дозволили сформулювати основні положення функціонування системи фізичного виховання різних груп населення, що передбачає вирішення освітніх, виховних та оздоровчих завдань.

Особливе значення у системі фізичного виховання та оздоровлення людини відводиться фізичній підготовці, засоби якої позитивно впливають не тільки на загальний стан здоров'я та якості життя, але й сприяють вдосконаленню компонентів моральної та вольової підготовленості, що свідчить про наявність комплексного педагогічного впливу на особистість і забезпечує підґрунтя для фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Докази, що існують в науково-методичній літературі, свідчать про те, що збільшення обсягів фізичної активності та фізичної підготовки може покращити академічну успішність і що час у шкільному дні, присвячений перервам, урокам фізкультури та фізичній активності в класі, також може сприяти зростанню показників успішності учнів. Виконавча функція та здоров'я мозку лежать в основі академічної успішності. Основні когнітивні функції, що пов'язані з увагою та пам'яттю, полегшують процес сприйняття і навчання, і ці функції покращуються завдяки фізичній активності та більш високій аеробній підготовленості. Одноразові заняття та тривала фізична активність покращують когнітивні функції мозку. Діти, які займаються фізичними навантаженнями інтенсивної або середньої інтенсивності, отримують найбільшу користь для поліпшення стану загального здоров'я та академічної успішності.

Наявні дані свідчать про те, що математика та читання є навчальними темами, на успішність вивчення яких найбільшою мірою впливає саме фізична активність. Ці теми залежать від ефективної виконавчої функції, яка пов'язана з фізичною активністю та фізичною підготовленістю. Враховуючи важливість часу, витраченого на виконання завдання протягом навчання, учням слід надавати часті перерви для фізичної активності, які сприяють розвитку відновлення організму. Хоча уроки фізичної активності, які пропонуються у сучасній школі, наразі недостатньо обґрунтовані теоретично і в практичному сенсі слабо сформовані у систему, проте, незважаючи на це, все ж таки можуть сприяти збільшенню часу, який учень без зайвих зусиль витрачає на виконання завдання вдома, та зростанню уваги до виконання завдання у класі.

Значних успіхів вітчизняні та зарубіжні вчені досягли в галузі теорії та методики фізичної підготовки спортсменів, а також технології фізичного виховання як складової цілісної системи формування різнобічно розвиненої людини на рівні школярів старшої школи. Водночас положеннями теорії та методики фізичного виховання сучасної школярів передбачено вирішення ряду освітніх та виховних завдань. Отже, пріоритетні вектори педагогічного впливу, якими у системі фізичного виховання учнів середньої школи є, в першу чергу, теоретико-методологічні основи та практичні форми організації тренувальних

занять, а також шляхи їх реалізації, часто не є відповідними до особливостей різних періодів онтогенезу, і тому унеможливають максимальне розкриття потенціалу особистості.

Як у спорті в цілому, так і в бойових мистецтвах, зокрема, складається консолідована думка про те, що перш, ніж говорити про напрямки і спортивну підготовку, які входять до системи навчання, необхідно зупинитися на сутності самої підготовленості та її компонентах. Основним компонентом підготовленості виступає сама індивідуальна готовність до занять бойовими мистецтвами, яка включає в себе рівень розвитку фізичних здібностей, функціональних можливостей та психофізіологічного стану.

Це в будь-якому випадку дає уявлення про стан готовності представників учнів 14-17 років й можливість в майбутньому прогнозувати перебіг процесу управління підготовкою з одночасним зниженням ризику непередбачуваних реакцій організму. Тому крім чисто теоретичного значення (співвідношення біологічного і соціального в розвитку людини) підготовленості, за таких умов може здійснюватися відбір осіб у різні види професійної та рухової діяльності, підбиратися оптимальна для даного суб'єкта методика навчання.

Іншим, дуже важливим, хоча й недостатньо дослідженим моментом у педагогічному аспекті східних единоборств і бойових мистецтв, зокрема, є можливість використання їхніх численних технік у практиці самозахисту, що нагально необхідно для буття людини у нашому складному часі, та впровадження сукупності фізичних прийомів і психічних практик у процес підготовки майбутніх військовослужбовців і правоохоронців. Крім того, оволодіння прийомами самозахисту може бути корисним не тільки у побуті, але і під час навчання школярів військової справи, що зараз масово відновлюється у загальноосвітніх школах України.

Таким чином, у теперішній час, складний і динамічний, значну увагу поряд із завданнями збереження та зміцнення здоров'я учнів віком 14-17 років водночас із розвитком їх фізичних здібностей має бути приділено й виховним та патріотичним цілям. В такому випадку цілком закономірними, на наш погляд, виглядають результати досліджень, які в цілому вказують на негативні тенденції у середовищі школярів:

- суттєве зниження рівня фізичної підготовленості, якості життя і стану здоров'я представників сучасної шкільної молоді;
- тенденція до погіршення суспільного фізичного здоров'я школярів і збільшення контингенту спеціальних медичних груп;
- погіршення ментального здоров'я, стану морально-вольової підготовленості та зниження мотивації до відповідних занять у сучасних школярів;

- зростання вираженості психофізіологічного стресу, зокрема, обумовленого також прогресуванням такого явища як булінг, що негативно позначається на стані не тільки загального здоров'я, але й параметрах фізичної працездатності, зокрема й спеціальної;

- збільшення рівня криміналізації молоді, в тому числі, шкільної.

На сьогодні система фізичного виховання має досить велику кількість засобів і форм організації занять фізичними вправами. Метою раціонально організованого фізичного виховання школярів є задоволення їхніх об'єктивних потреб у засвоєнні системи спеціальних знань, набуття професійно-значущих умінь та навичок, забезпечення гармонійного розвитку фізичних і психічних якостей. В той же час здійснювати педагогічну, навчально-тренувальну і оздоровчу роботу в сфері фізичної культури і спорту мають право особи винятково із спеціальною освітою або підготовкою за наявності диплома, посвідчення, сертифікату, котрі видані акредитованими навчальними закладами. Для досягнення мети фізичного виховання у загальноосвітніх школах передбачено вирішення таких завдань:

- всебічний розвиток фізичних здібностей і на цьому підґрунті зміцнення здоров'я та забезпечення високої розумової і фізичної працездатності;

- оволодіння спеціальними знаннями, формування потреби у систематичних заняттях фізичними вправами з використанням різноманітних форм;

- досягнення загальної фізичної підготовленості в обсязі вимог і норм, які відповідають їй є обов'язковими у програмі загальноосвітніх шкіл;

- врахування основ організації і методики впровадження найефективніших видів рухової активності;

- знання основ методики оздоровлення та фізичного вдосконалення традиційними і нетрадиційними засобами фізичної культури;

- систематичне фізичне тренування за оздоровчим та спортивним спрямуванням;

- засвоєння організаційних умінь і навичок для проведення самостійних форм занять фізичної культурою.

Водночас у багатьох зарубіжних країнах продовжується пошук нетрадиційних систем фізичного виховання серед школярів; взято курс на розширення різних форм занять: адже ними й забезпечується більш ніж дві третини необхідного підліткам на різних етапах онтогенезу обсягу рухової активності. Використання зарубіжного досвіду залучення підлітків до систематичних занять фізичною культурою та єдиноборствами в Україні на сьогодні є особливо актуальним.

Одними з популярних серед молоді є школи бойових мистецтв Сходу. Дослідники, які займаються вивченням можливостей поліпшення психоемоційних та соціальних характеристик особистості, особливо в дитячому й підлітковому віці, дотримуються консолідованої точки зору, що такий комплексний вплив на ці якості можуть здійснити східні єдиноборства – карате, айкідо, дзю-дзюцу (раніш: «джиу-джитсу»). Популярність єдиноборств на сьогодні є одним з важливих аспектів процесу навчання. Натомість наукові дані показують, що не всі єдиноборства відповідають на деякі, дуже важливі на сьогодні, виховні питання, які стосуються не лише покращення морально-етичного клімату в молодіжному середовищі та рівня соціалізації людини в суспільстві, з одного боку, але й безпосередньо корелюють зі зростанням рівня криміногенності та зниженням соціальної відповідальності кожного індивідуума перед проявом корпоративного громадянства. На думку американського дослідника Чарльза Тейлора, *«корпоративне громадянство має стати опорою для розвитку прав суспільства ... які ставлять за мету покращення життя людей»*. І в цьому аспекті єдиноборства викликають інтерес і користуються широкою популярністю у підлітків віком 14-17 років. Серед чинників, які впливають на становлення інтересу до занять єдиноборствами, виділяють: індивідуальні особливості тих осіб, хто займається; наявність можливості реалізовувати у різних формах свої знання та вміння (показові виступи, змагання, участь у навчально-методичних атестаційних семінарах, де проходить захист на чергові ступені майстерності (кю, ДАН) відповідно до вимог школи бойового мистецтва, оприлюднення успіхів, вміння захистити себе у реальному житті. Встановлено, що єдиноборства, перш за все, формують характер і благотворно впливають на психіку тих, хто осягає ці складні комплексні духовні, ментальні та фізичні практики; вони вчать концентрації уваги, знімають стрес, дарують почуття безпеки та впевненості у собі. На жаль, проста позашкільна форма навчання та подальшого вдосконалення оволодіння бойовими мистецтвами, яка переважно використовується на сьогодні, не завжди є ефективною і не здатна забезпечити вирішення поставлених завдань для досягнення мети використання засобів фізичної культури у підлітковому та молодіжному середовищі.

Можливе вирішення такої комплексної проблеми за рахунок впровадження засобів різних національних видів фізичної культури, бойових мистецтв і розширення форм організації відповідних занять, причому, з урахуванням клімато-географічних та соціальних особливостей контингенту, а також майбутньої професійної діяльності. Існуючі дані свідчать, що це є

обов'язковою умовою розробки сучасної збалансованої технології впливу на організм школярів засобами фізичної підготовки.

Таким чином, теоретико-методичною основою навчального процесу за допомогою засобів бойових мистецтв може бути тільки науково-обґрунтована та експериментально перевірена система педагогічних впливів, яка дозволяє забезпечити удосконалення фізичних, функціональних, моральних та вольових здібностей, що в цілому забезпечуватиме всебічний розвиток особистості. Однак неодноразові спроби розробки відповідних рекомендацій здебільшого не передбачають єдиної методології, не охоплюють усіх компонентів відповідної системи, носять розрізнений характер та виключають можливість реалізації власних спроможностей, інтересів і потреб молоді, що підкреслює актуальність обраної проблеми і спонукає до авторського вирішення.

ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Осколкова М.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: ендопротезування колінного суглоба у пацієнтів з дегенеративними захворюваннями суглобів є найбільш ефективним методом лікування, дозволяє усунути больовий синдром і покращити фізичну функцію. Засоби фізичної реабілітації використовуються в передопераційний та післяопераційний періоди. Після оперативного втручання пацієнти повинні знову навчитися рухів у колінному суглобі.

Мета: проаналізувати теоретичні матеріали наукової літератури щодо значення фізичної реабілітації при ендопротезуванні колінного суглоба.

Матеріали і методи: узагальнення, аналіз та порівняння науково-методичної літератури з питання значення фізичної реабілітації при ендопротезуванні колінного суглоба.

Результати: за результатами опрацювання науково-методичної літератури щодо значення фізичної реабілітації при ендопротезуванні колінного суглоба з'ясовані особливості та роль фізичної реабілітації при ендопротезуванні колінного суглоба. Завдяки застосуванню методів та засобів фізичної реабілітації при ендопротезуванні суглобів, можливо уникнути ряд ускладнень. Якість життя пацієнтів після ендопротезування значно покращується, а завдяки фізичній реабілітації відбувається покращення функціонування і прооперованого, і другого колінного суглобів.

Вправи підбирають індивідуально, важливим моментом є регулярність їх виконання. Фізична реабілітація дозволяє скоротити термін лікування та збільшити ймовірність повернення до нормального функціонування. Зменшення больового синдрому покращує психічний стан пацієнтів.

Висновки: Після проведення аналізу науково-методичної літератури, було виявлено, що основним засобом реабілітації в перед- та післяопераційному періоді є комплекси лікувальної гімнастики. Лікувальна фізична культура покращує психоемоційний стан пацієнта, застосовується для профілактики ускладнень, поліпшенню функцій серцево-судинної та дихальної систем, активізації периферичного кровообігу, поступового відновлення рухів у прооперованому суглобі. Фізична реабілітація після ендопротезування є невід'ємною частиною одужання, дотримання рекомендацій та систематичне виконання розроблених комплексів вправ сприяє швидшому відновленню та підвищенню якості життя пацієнта.

**АЛЬГОТЕРАПІЯ – ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯД
З ВИКОРИСТАННЯМ МІКРОВОДОРОСТЕЙ *CHLORELLA*
В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Петренко С.О., Родіонов А.В.

*Інститут кліматично орієнтованого сільського господарства
НААН України, м. Одеса*

Результатами багаторічних досліджень було доведено високу ефективність застосування мікроводоростей під час лікування і профілактики цілої низки захворювань, пов'язаних із порушеннями діяльності імунної, ендокринної, травної, серцево-судинної та нервової систем тварин і людини. Помітний терапевтичний ефект чинить мікроводорість *Chlorella*, що визначається її унікальним складом. Біомаса *Chlorella* містить легкозасвоюваний білок, вільні незамінні амінокислоти, широкий спектр мікроелементів і мінеральних солей, поліненасичені жирні кислоти, пігменти тощо. Препарати з вмістом мікроводоростей *Chlorella* у вигляді мазей, спиртових і олійних екстрактів, свічок і пігулок сприяють зниженню холестерину в крові та ризику ожиріння, зменшують нефротоксичність під час дії важких металів і ліків, значно збільшують популяцію біфідобактерій у кишечнику, знижують вміст цукру в крові за діабету. У зв'язку з проблемою йододефіциту в населення України, розроблено біотехнологічний способи виробництва біомаси *Chlorella* з високою концентрацією йоду – до 100 мкг в 1 г біомаси мікроводорості, велика частина йоду входить до складу

органічних сполук, які є стійкішими, ніж мінеральні. Також мікроводорості розглядаються як джерело біологічно активних речовин та синтезу гормонів, алкалоїдів, вітамінів, характеризуються антиоксидантною дією, здатні пригнічувати розвиток ракових пухлинних клітин.

Мікроскопічна прісноводна зелена мікроводорість *Chlorella*, володіє потужними очищуючими, омолоджуючими та антиоксидантними властивостями. Унікальні фітованни з суспензії одноклітинної мікроводорості хлорели є екологічно чистим, безпечним і натуральним джерелом хлорофілу, протеїну, вуглеводів, вітамінів, амінокислот, мікро – і макроелементів. Широке використання цієї мікроводорості *Chlorella*, в медицині та косметології дало унікальні результати. Прийом ванн і косметичних процедур з суспензією хлорели нормалізує обмінні процеси шкірних покривів, завдяки цьому сприяє швидкому загоєнню ран, тріщин, опіків. Високий вміст амінокислот, вітамінів групи В, вітаміну С і каротину покращує живлення шкіри, володіючи омолоджуючою дією надає їй пружність і еластичність, шкіра стає бархатистою та ніжною. У свою чергу, хлорела безпосередньо впливає на живлення волоссяних цибулин, перешкоджає випадінню волосся та облісінню, надає волоссю здоровий вигляд і блиск. Наявність в хлорелі протеїну, поліненасичених жирних кислот, природного антибіотика хлореліна, вітаміну F і арахідонової амінокислоти, перешкоджає старінню шкірних покривів, запускає процеси регенерації і омолодження тканин. Не можна не відзначити ефективну протизапальну, протиалергічну, протигрибкову, бактерицидну дію цього природного фактора, що дозволяє його використовувати при багатьох шкірних захворюваннях і добитися більш швидкого оздоровчого ефекту. Позитивні результати дають процедури з використанням хлорели для профілактики загострення псоріазу.

Суспензія мікроводорості *Chlorella* є продуктом живої природи, який застосовують для зміцнення імунітету, проти ракових захворювань, при загоєнні ран, екзем, опіків, нормалізує роботу шлунково-кишкового тракту, відновлює потенцію. На відміну від інших лікарських і косметичних засобів не містить в собі будь-яких з'єднань отриманих хімічним шляхом, в зв'язку, з чим не має ні вікових протипоказань та протипоказань за станом здоров'я. Суспензія мікроводорості *Chlorella* володіє не тільки поживними властивостями з ефектом омолодження, а також має бактерицидний ефект. Застосування хлорели в косметології вже давно має позитивні результати по всьому світу. Маски та обгорткування препаратами, які містять клітини хлорели дозволяють наситити поверхневий шар епідермісу всіма корисними речовинами. Окрім

того, мікрододорість хлорели можна використовувати для фітованн, інгаляцій, виготовлення косметичних засобів, біологічно-активних добавок.

Мікрододорості є важливим джерелом біологічно активних сполук із широким спектром антибактеріальної активності та мають позитивний вплив на шкіру. Це зумовлено здатністю накопичувати такі сполуки, як жирні кислоти, полісахариди, галогеновані аліфатичні сполуки, терпеноїди, стерини, сірковмісні гетероциклічні сполуки, вуглеводи, ацетогеніни, α - та β -іонон, β -циклоцитраль, неофітадіен і фітол. Вміст перелічених вище антибактеріальних речовин значною мірою залежить від виду мікрододор-рослин. Крім того, присутність антибактеріальних сполук в екстрактах мікрододоростей також сильно залежить від екстрагента, що використовується під час екстракції, про що свідчить факт рідкісного виявлення біологічної активності у водних екстрактах. Однак, незважаючи на проведені дослідження, хімічне розмаїття мікрододоростей і ціанобактерій, так само як і протимікробна активність їхніх БАС, зокрема проти антибіотико-резистентних збудників інфекцій, включно з харчовими, не вивчені. Таким чином, подальше вивчення БАС мікрододоростей і ціанобактерій з метою створення ефективних і безпечних антибактеріальних і протигрибкових біофармацевтичних субстанцій для медичного і ветеринарного застосування, органічних консервантів для потреб харчової промисловості є актуальним і перспективним. Доведено клінічними випробуваннями. Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи від 02.11.2018 року № 602-123-20-2/45371. За результатами державної санітарно-епідеміологічної експертизи об'єкт експертизи: ТУ У 20.4-37613791-003:2018 «Суспензія та паста хлорели. Сировина для виготовлення косметичних засобів.» Суспензія відповідає вимогам безпеки для здоров'я і життя людини. Приймання фітованн з суспензією мікрододорості *Chlorella* було представлено на майстер-класі «Використання природних лікувальних ресурсів – суспензії мікрододорості живої хлорели для СПА процедур в санаторно-курортному та реабілітаційному лікуванні», який проводили в бальнеологічній лікарні кабінету лікувальних ванн ДП СКК «Моршинкурорт» під час науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація у санаторно-курортних закладах України. Нові технології реабілітації хворих на курортах Європи. Сучасні вимоги в організації СПА комплексів на курортах та досвід використання СПА процедур у медичній реабілітації», яка була присвячена до святкування 140 років курорту Моршин, 27-28 вересня 2018 року, м. Моршин. Це унікальна можливість прийняти ванну або зробити косметичну процедуру з мікрододорістю *Chlorella* в умовах санаторно-курортного та реабілітаційного лікування або домашнього догляду за шкірою.

В Одеській національній академії харчових технологій проводили «Дослідження впливу хлорели на шкіру при прийманні ванн» згідно договору № 6/19 від 11.02.2019 р. Для досліджень була надана суспензія мікроводорості *Chlorella*, яку виробляють у ФГ «У Самвела» в Одеській області. Суспензія мікроводорості надана для досліджень була розфасована у пластикові ємності по 5 дм³. Це біомаса живих клітин хлорели – штам *Chlorella vulgaris* ІФР № С-111 на середовищі із інгредієнтів, дозволених до використання у харчовій промисловості, вода доочищена, зі свердловини 120 м. Містить хлорофіл, хлорелін (природний антибіотик), біотин, фолієву кислоту, бета-каротин, каротиноїди, Fe, K, Mg, Ca, вітаміни А, С, В1, В2, В3, В6, В12, D. Вміст живих клітин планктонної хлорели до 25 млн/мл. Органолептичні властивості суспензії - однорідна не прозора рідка маса (дозволено наявність незначного осаду), без сторонніх включень. Колір темно-зелений. Запах відсутній. Сторонні запахи не дозволено. Смак специфічний, обумовлений наявністю сировини. Сторонні присмаки не дозволено. При тривалому зберіганні можливе розшарування та осад. Перед застосуванням суспензію необхідно збовтати.

Метою досліджень було визначення впливу фітованн із суспензії, яка містить біомасу живої мікроводорості *Chlorella* на стан шкіри чоловіків та жінок різних вікових категорій та надання рекомендацій щодо застосування суспензії із живої мікроводорості *Chlorella* у санаторно-курортному та домашньому догляді за станом шкіри. В результаті досліджень було визначення вплив фітованн із живою мікроводорістю *Chlorella* на вологість шкіри та вміст жиру в ній до та після проведення експериментальних досліджень. Для проведення досліджень було обрано респондентів (чоловіків та жінок) у кількості 15 осіб (на добровільній основі), яких було розділено на три групи – дві групи жінок та одна група чоловіків – по 5 осіб у кожній групі.

Результати досліджень показали дозволили зробити наступні висновки та рекомендації. Приймання ванн із живою мікроводорістю *Chlorella* протягом 7-10 днів поспіль сприяє покращенню загального стану шкіри людини, зокрема забезпечує здоровий сяючий вигляд шкіри після проведення процедур за рахунок насичення шкіри біологічно активними речовинами, у т. ч. антиоксидантного ряду – вітамінами, мікро- та макроелементами, амінокислотами та білками. Додавання суспензії мікроводорості *Chlorella* до ванн протягом 7-10 днів поспіль забезпечує підвищення вмісту вологи у шкірі на 0,5-5,5 %, що обумовлює розгладжування існуючих мімічних зморшок (або зменшення їх глибини) та попереджує виникнення нових зморшок і розтяжок за рахунок покращення формування позаклітинного матриксу із застосуванням білків та амінокислот, які входять до розчину живої

мікродорості *Chlorella* є структурними елементами для побудови білків дерми (колагену та еластину). Застосування суспензії мікродорості *Chlorella* у ваннах сприяє зменшенню проявів акне за рахунок насичення шкіри антибактеріальними речовинами, які пригнічують розвиток небажаної мікрофлори на шкірі, а також обумовлює незначне збільшення вмісту жиру в шкірі, яке не здійснює негативного впливу на стан шкіри. Базуючись на проведених дослідженнях, рекомендовано приймати ванни з суспензією мікродорості *Chlorella* (температура ванни 38-40 °С, тривалість – 20-25 хв.) протягом 7-10 діб поспіль в умовах санаторно-курортного або домашнього догляду за шкірою. Для приготування ванни необхідно 3-5 дм³ розчину живої мікродорості *Chlorella* (в залежності від її концентрації у розчині) внести у 130-150 дм³ води температурою 40 °С, перемішати 2-3 хвилини до отримання вмісту ванни з однорідним зеленуватим забарвленням. Використання миючих засобів при прийманні ванн з суспензією мікродорості *Chlorella* не рекомендовано.

Отже, мікродорості є важливим джерелом біологічно активних сполук із широким спектром антибактеріальної активності. Це зумовлено здатністю накопичувати такі сполуки, як жирні кислоти, полісахариди, галогеновані аліфатичні сполуки, терпеноїди, стерини, сірковмісні гетероциклічні сполуки, вуглеводи, ацетогеніни, α - та β - іонон, β -циклоцитраль, неофітадієн і фітол. Вміст перелічених вище антибактеріальних речовин значною мірою залежить від виду мікродоростей. Крім того, присутність антибактеріальних сполук в біомасі мікродоростей також сильно залежить від поживного середовища, що використовується під час їх культивування, про що свідчить факт рідкісного виявлення біологічної активності у водних екстрактах. Приймання ванн із суспензією мікродорості *Chlorella* протягом 7-10 діб забезпечує: здоровий сяючий вигляд шкіри за рахунок насичення її біологічно активними речовинами; підвищення вмісту вологи у шкірі; розгладжування мимічних зморшок за рахунок стимулювання синтезу колагену та еластину; зменшення проявів акне за рахунок насичення шкіри антибактеріальними речовинами.

Однак, незважаючи на проведені дослідження, хімічне розмаїття мікродоростей, так само як і протимікробна активність їхніх БАС, зокрема проти антибіотико-резистентних збудників інфекцій, включно з харчовими, не вивчені. Таким чином, подальше вивчення БАС мікродоростей з метою створення ефективних і безпечних антибактеріальних і протигрибкових біофармацевтичних субстанцій для медичного і ветеринарного застосування, органічних консервантів для потреб харчової промисловості є актуальним і перспективним.

СЕКС-КОНТРОЛЬ У ОЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ: ІСТОРІЯ, ДІЙСНІСТЬ, ПЕРСПЕКТИВИ

Плакіда О.Л.

Одеський національний медичний університет

У біологічного виду *Homo Sapiens* є дві статі: жіночі особини, що мають в клітинах дві однакові статеві хромосоми XX, і чоловічі, що мають дві різні статеві хромосоми X і Y. Можливі аномалії (приблизно 1 на 20000 – 40000 новонароджених) з варіантами XXУ, XXXУ, XXУУ, XXXХУ, ХХХУУ, проте наявність хромосоми Y однозначно робить цих особин представниками чоловічої статі. Також можливі полісомії X хромосоми (XXX), але тут питань не виникає. Після запліднення приблизно на 6-7 тижні вагітності відбувається статева диференціація майбутнього плода, яка проявляється у формуванні відповідного фенотипу. Наявність Y-хромосоми визначає статевий диморфізм, який у людини проявляється більшими розмірами, більш розвиненим скелетно-м'язовим апаратом та кардіо-респіраторною системою у чоловічих особин. Хромосоми несуть на собі гени, X-хромосома містить близько 1400 генів, а Y-хромосома – близько 200, які забезпечують фенотип людини – анатомічні особливості, будову та функціонування ендокринних залоз тощо. Внаслідок їх можливих порушень у процесі розвитку, можливе порушення фенотипу відповідної статі, що може зокрема виявлятися у зміні форми статевих органів та діяльності статевих залоз. Цей стан описується як «Disorders of sex development, DSD», тобто «Порушення формування статі», що також позначається як «Інтерсекс». Це виявлятиметься, наприклад, крипторхізмом у чоловічих особин, або відсутністю формування повноцінної вагіни у жіночих особин. Визначення статі у немовлят, як правило, проводиться шляхом огляду статевих органів, і, відповідно, виставлена у свідоцтві про народження стать, може не збігатися з біологічною. Інтерсекси, записані як жінки, але мають Y-хромосому, з самого початку мають переваги в силі та витривалості перед біологічними жінками з причин, описаних вище. Тому багато хто з них вибирає спортивну кар'єру і досягає значних результатів.

Перші випадки розглядів почалися 30-х роках, минулого століття, тобто, практично відразу після масового приходу жінок у великий спорт. Відродження великих спортивних змагань після Другої світової війни знову повернуло цю проблему. Справа ускладнилася тим, що у зв'язку з різким зростанням тренувальних навантажень виявилось, що жіночий організм починає підвищувати вироблення тестостерону, що веде до маскулінізації. Особливо це було видно у

спортсменок, які тренуються на витривалість. Для вирішення проблеми було вирішено замінити зовнішній огляд статевих органів (як процедуру, принизливу для спортсменів та мало інформативну) на єдино правильну – дослідження хромосомного набору, що визначає справжню біологічну стать. Секс-контроль у цьому виді було введено у практику 1966 р. і став обов'язковим, починаючи з літніх Олімпійських ігор 1968 р. Через технічні складності діагностики, досліджувалися не самі статеві хромосоми, а так званий статевий хроматин або «Тільця Барра» в соматичних клітинах: для простоти робився зіскрібок слизової щочки з подальшим цитологічним аналізом. У зіскрібках «нормальної» жінки XX виявляється близько 20-50% хроматинопозитивних клітин, показник до 10-20% може говорити про відсутність однієї X-хромосоми в статевих клітинах, тобто визначалася можлива відсутність X-хромосоми, а чи не наявність Y-хромосоми! В результаті тест давав неточні результати при деяких хромосомних відхиленнях, про які ми говорили раніше, наприклад XXY (синдром Клайнфельтера). Таких випадків було мало (близько 0,2%), але вони були і кожен створював проблему. Тому, з розвитком генетичних досліджень, в 1991 тест на тільця Барра був замінений на аналіз наявності SRY-гену, розташованого на Y-хромосомі і бере участь у розвитку організму за чоловічим фенотипом. Тест на SRY-ген проходили всі спортсменки, які брали участь у літніх Олімпійських іграх 1992 та 1996 років. Однак, і в цьому випадку остаточного позитивного результату не було досягнуто. З'ясувалося, що внаслідок тих самих хромосомних аберацій, SRY-ген може перебувати в інактивованому стані, а в деяких випадках взагалі мігрувати на X-хромосому! Генетика була на підйомі, подальші дослідження допомогли б вирішити цю проблему, але, на жаль, втрутилися обставини дуже далекі від спортивної медицини.

Наприкінці 80-х років минулого століття феміністичний рух, отримавши підтримку від представників ЛГБТ-спільнот, розпочали вкрай агресивну політику боротьби за свої права. Як одне з основоположних «дискримінаційних» понять було обрано біологічну стать людини, яку потрібно замінити на «гендер». Нагадаємо, що на відміну від біологічної статі, детермінованої при зачатті, гендер – це соціальна стать, яка залежить не від біологічних відмінностей, а від самовизначення себе чоловіком чи жінкою конкретним індивідом у соціальній організації суспільства.

Було прийнято рішення досліджувати рівень тестостерону в організмі спортсменки, і, якщо він зашкалював, вона не допускалася до жіночих змагань. Такий підхід був абсолютно неправомірним з погляду реального визначення статі, т. к. рівень тестостерону – це прояв фенотипу), крім того

він змінюється під впливом фізичних навантажень, проте викликав чергову хвилю судових та юридичних казусів, пов'язаних з порушенням прав людини. У 2019 р, Спортивний арбітражний суд ухвалює, що спортсменка має все-таки знижувати рівень тестостерону. При цьому суд визнав, що нова система допуску має дискримінаційний характер. Для дотримання постулатів Олімпійської хартії необхідно терміново вжити наступних заходів:

1. В Олімпійському спорті при допуску до змагань ґрунтуватися на визначенні біологічної статі спортсменів, а не гендера (це автоматично вирішує проблему спортсменів-трансгендерів).

2. Визначення біологічної статі спортсменів проводити шляхом хромосомного аналізу статевих клітин. Враховуючи розвиток методів медичної візуалізації, а особливо використання штучного інтелекту, дана процедура може перейти в розряд рутинних.

3. Проводити дані дослідження у всіх сумнівних випадках якомога раніше, щоб мінімізувати психологічний вплив на спортсмена

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО РЕФЛЕКСОТЕРАПІЮ

Семененко О.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Щоденно у світі та безпосередньо в Україні проводять тисячі процедур за різними напрямками рефлексотерапії. Метод вважається не інвазивним, тому набув дуже широкого використання, особливо у неврології та у практиці лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини.

Мета дослідження. Визначити сучасні напрямки рефлексотерапії та перспективи їх використання.

Матеріали та методи дослідження: аналіз і узагальнення матеріалів науково-медичної літератури та клінічного досвіду з питань рефлексотерапії.

Результати: за результатами проведеного аналізу науково-методичної літератури щодо сучасних уявлень про рефлексотерапію було з'ясовано:

1. Наразі у світі існують три напрямки рефлексотерапії: Чжень-цзю рефлексотерапія (Китай), Європейська (корпоральна чи ортодоксальна) школа, Су-джок рефлексотерапія (Корея).

2. У кожному напрямку існує досконала теоретична база, але є розбіг у термінології; наприклад: у Китаї це енергетично активні зони та точки, в Європі – біологічно активні, у Корейській системі – зони та точки відповідності.

3. У кожній школі рефлексотерапії, окрім голкотерапії, є багато різних методик, таких як моксотерапія, магнітотерапія, світлотерапія, кольоротерапія, семянотерапія, лазеротерапія, аурикулотерапія тощо.

4. Механізми дії рефлексотерапії на організм однакові у кожному з напрямків. Тому, враховуючи світовий акцент у лікуванні та профілактиці саме на фізичні чинники, доцільно використовувати методики різних напрямків рефлексотерапії у комплексному підході до пацієнтів.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК МЕТОД ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ СПАСТИЧНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ

Соломка Я.А., Стриженюк В.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Гострий мозковий інсульт посідає друге місце серед причин смертності в Україні, а серед пацієнтів, що вижили, в понад 50% випадків стає причиною інвалідності. Спастичність хоч і розглядається певною мірою як нормальний етап відновлення після інсульту, проте без належного менеджменту може стати грізним ускладненням, що значно обмежує функціональні можливості пацієнта.

Мета. Визначення ефективності фізичної реабілітації у попередженні виникнення спастичності у пацієнтів з гострим мозковим інсультом.

Матеріали та методи дослідження. До дослідження було залучено 40 пацієнтів з гострим мозковим інсультом: 20 з них почали реабілітацію в гострому періоді, 20 - в пізньому відновлювальному періоді.

Згідно сучасних протоколів та рекомендацій реабілітація при гострому мозковому інсульті починається в перші 24-48 годин після постановки діагнозу та стабілізації стану пацієнта.

Програма реабілітаційних втручань складається відповідно стадії відновлення (Brunnstrom, 1960):

1. М'якість: застосовуються пасивні фізичні вправи з метою відновлення нейронних зв'язків у мозку та запобігання розвитку атрофії та контрактури м'язів.

2. Початок розвитку спастичності: продовження виконання пасивних вправ.

3. Посилення спастичності: до пасивних вправ додаються прості активні рухи, які пацієнт може виконувати самостійно або за допомогою фізичних терапевтів або спеціальних медичних пристроїв.

4. Початок зменшення спастичності: виконання більш складних активних рухів.

5. Продовження зменшення спастичності: продовження виконання активних вправ, додавання до них невеликої ваги з метою покращення м'язової витривалості.

6. Зникнення спастичності: включення в програму тренувань складних комбінованих рухів для покращення координації та силових вправ.

Результати дослідження. З 20 пацієнтів, які почали реабілітацію в гострому періоді, лише у 2 осіб спостерігався розвиток ускладнення у вигляді спастичності, у той час як серед пацієнтів, які розпочали реабілітацію в пізньому відновлювальному періоді, виникнення спастичності спостерігалось у 15 осіб. Отже, початок реабілітації в гострому періоді значно знижує ризик виникнення спастичності, що позитивно впливає на функціональні можливості пацієнта та його якість життя.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК МЕТОД ПОПЕРЕДЖЕННЯ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ПАЦІЄНТІВ З АГ

Стоянова О.С., Кишман В.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність проблеми: Артеріальна гіпертензія в теперішній час є глобальною причиною та фактором ризику виникнення різних ускладнень, а саме уражень органів мішеней, що вимагає нових підходів до профілактики і лікування, зокрема через фізичну активність. Психологічна реабілітація, помірна та дозована фізична активність та антигіпертинзивна терапія є невід'ємною частиною фізичної реабілітації.

Метою даного дослідження є оцінка ефективності фізичної реабілітації у попередженні ураження органів-мішеней у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Дослідження спрямоване на вивчення впливу фізичних вправ на функціональний стан серця, судин, нирок та мозку у пацієнтів з підвищеним артеріальним тиском, а також на зниження ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи дослідження: Дослідження охоплює 100 пацієнтів з діагнозом артеріальна гіпертензія середнього та високого ступеня ризику. Учасники були розподілені на дві групи: основна група (50 осіб) проходила програму фізичної реабілітації, та контрольна група (50 осіб), яка отримувала лише стандартну медикаментозну терапію. До програми входили кардіо- та аеробні вправи помірної інтенсивності, силові тренування, а також дихальні

вправи, розраховані на зниження артеріального тиску. Тривалість програми – 6 місяців, з частотою занять 3 рази на тиждень.

Результати дослідження:

1. Зниження артеріального тиску на 10-15% у пацієнтів, які пройшли програму фізичної реабілітації, порівняно з контрольною групою.

2. Покращення функції серця: Показники серцевої функції (фракція викиду, кінцево-діастолічний об'єм) значно покращились у пацієнтів основної групи.

3. Позитивні зміни у стані судин: Покращення еластичності артерій у 70% пацієнтів основної групи.

4. Підвищення якості життя: Пацієнти, які брали участь у програмі, відзначали поліпшення загального самопочуття, зниження рівня стресу та кращу фізичну форму.

Висновок:

Фізична реабілітація є ефективним методом попередження ураження органів-мішеней у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що дозволяє знижувати ризик ускладнень і покращувати загальний стан здоров'я та якість життя пацієнтів.

ЕРГОГЕННИЙ ВПЛИВ КОФЕЇНУ НА РЕЗУЛЬТАТИ У СПОРТІ

Траверсе Г.М., Мизгіна Т.І.

*Національний університет «Полтавська політехніка
ім. Ю. Кондратюка», м. Полтава*

Професійний спорт є одним з найбільш енерговитратних видів діяльності людини, що супроводжується задіянням стресорних механізмів. Під час спортивних змагань високого рівня, коли конкуренція серед рівних суперників є максимальною, та, навіть найменший вплив випадкових чинників – гідrataція, харчування, сон, рівень психологічного стресу – може змінити результат, спортсмени змушені періодично використовувати ергогенні допоміжні засоби з метою покращення результатів та подолання стресу.

Відомо, що від 40 до 100% спортсменів в залежності від виду спорту і кваліфікації використовують різноманітні добавки з метою досягнення будь – якої фізичної та психологічної переваги. Такі добавки розглядаються як різновид харчових продуктів та не підлягають ретельному регулюванню з точки зору безпеки та ефективності. Разом з тим, вплив їх на працездатність та стан здоров'я фактично може бути небезпечним. Наявні наукові публікації, в яких повідомляється про значущі побічні ефекти при

застосуванні окремих харчових добавок. На даний час великий інтерес викликають добавки, які мають потенційні ергогенні ефекти. Одним з найбільш вивчених ергогенних засобів є кофеїн, який здатен покращувати працездатність та когнитивні функції.

Метою нашого дослідження було узагальнення даних наукової літератури щодо впливу кофеїну на спортивні досягнення осіб, які займаються енерговитратними видами спорту.

У 1984 році кофеїн був доданий до переліку заборонених речовин Міжнародним олімпійським комітетом (МОК), а у 2000 році – Всесвітньою антидопінговою агенцією (ВАДА). За допінгове порушення визначалося перевищення концентрації кофеїну у сечі понад 15 мкг/мл, у 1985 році значення порогової концентрації знизили до 12 мкг/мл. Таке порогове значення було обране з метою виключення типової кількості, що вживається при звичайному дієтичному або побутовому вживанні кави та розрізнити його від аномального використання кофеїну з метою покращення спортивних результатів.

МОК і ВАДА у 2004 році відмінили класифікацію кофеїну у якості «контрольованої речовини», і це призвело до відновлення інтересу до застосування кофеїну спортсменами. Слід зазначити, що тим не менше, ВАДА продовжує контролювати вміст кофеїну і спортсменам рекомендовано підтримувати його рівень у сечі не вище 12мкг/мл, це відповідає дозі 10мг/кг маси тіла перорально отриманого упродовж декількох годин, що більш ніж в три рази підвищує працездатність.

Кофеїн являє собою пуриновий алколоїд, який природньо міститься у каві, чаї, какао та використовується у багатьох продуктах харчування. Кофеїн та його похідні діють як сильні антогоністи аденозинових рецепторів, пригнічуючи негативний вплив останніх на нейротрансмісію, збудження, сприйняття болю, а також визначають підвищені рівні катехоламінів у плазмі крові. На метаболічному рівні кофеїн призводить до підвищення рівню норадреналіну в крові та, як наслідок, до збільшення частоти серцевих скорочень, рівною мірою у стані спокою та під час фізичної активності, та підсилює гліколітичну активність, що сприяє збільшенню енергопостачання м'язів під час тренування.

У сучасній науковій літературі відображено, головним чином, дані досліджень із застосуванням під час фізичних вправ безводного кофеїну у капсулах з метою спрощення стандартизації дози та створення плацебо. Середній період напіввиведення кофеїну зазвичай становить від 4 до 6 годин, але вар'юється у різних осіб та може тривати від 1,5 до 10 годин у дорослих.

У численних дослідженнях доведено, що кофеїн підвищує витривалість лише на 2 – 4% при використанні доз 3- 6мг/кг маси тіла, разом з тим, зміна середньої швидкості, навіть, менше, ніж на 1% є достатньою для того, щоб вплинути на розподілення призових місць на напружених олімпійських змаганнях на витривалість від 45 секунд до 8 хвилин.

Нещодавно повідомлялося про проведення метаналізу, за результатами 56 досліджень на витривалість у спортсменів, що показав, наявність розбіжності від 3,0 до 15,9% між групою кофеїну та групою плацебо. Такий широкий діапазон показників витривалості підкреслює індивідуальну варіабільність впливу кофеїну. Інший метаналіз з метою визначення ергогенного ефекту кофеїну на результати велогонок на витривалість показав, що кофеїн має незначний, але вагомий вплив на показники витривалості при прийомі у дозі 3 – 6 мг/кг, а також загальне покращення середньої вихідної потужності після прийому кофеїну на $2,9 \pm 2,2\%$ у порівнянні з прийомом плацебо.

Численні дослідження. Проведені серед спортсменів, які змагаються у індивідуальних та командних видах спорту, показують, що кофеїн може підвищувати працездатність при виконанні спортивних завдань. Разом з тим, наявні декілька досліджень у яких повідомлялося про відсутність ефекту. Наприклад у баскетболі помічено збільшення висоти стрибка, кількості загальних та атакуючих випадків, але час сприту та швидкість ведення м'яча не покращилися. У футболі прийом кофеїну не покращував результату тестів з анаеробним навантаженням, у регбі – збільшилася кількість ударів корпусом, швидкість бігу, та м'язова сила під час стрибків, але не виявлено впливу на спритність. Численні спортивні тести, проведені у жінок, професійних спортсменів – гравців у волейбол, показали збільшення результативних та зменшення неточних дій, тоді як фізична працездатність та результативність під час змагань не покращилися.

Таким чином, огляд літератури показує, що прийом кофеїну в середньому оказує ергогенний вплив на широкий спектр спортивних завдань, але його використання може бути показаним не кожному спортсмену. Вживання кофеїну має бути збалансовано за відповідними побічними ефектами, тому є необхідним проведення тестових досліджень з метою визначення індивідуальної реакції, після чого можлива оцінка переваг та шкоди для конкретної особи. Спортсменам слід проводити оцінку власної фізичної реакції на кофеїн під час тренувань та змагань, слідкувати за настроєм, наявності збудження, порушенням режиму сну.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ СТАТИЧНОГО СТЕРЕОТИПУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРОТЯГОМ 2022-2024 РР.

Філоненко О.В.

Одеський національний медичний університет

Оптимальність статичного стереотипу створює основу для динамічного стереотипу, а також є запорукою відсутності порушень в роботі систем органів. Вірне положення органів створює умови для можливості їх коректного функціонування за умови відсутності інших причин, що спричиняють порушення. У випадку ж неоптимального статичного стереотипу або ж його зміни з окремих причин виникає необхідність до адаптації до нового положення. При цьому змінам може піддаватися зв'язковий апарат систем органів, змінюватися якість функціонування протоків, кровопостачання та лімфообіг конкретної зони тощо. В залежності від анатомічних та функціональних особливостей людини при зміні статичного стереотипу адаптаційні механізми можуть бути більш ефективними або менш.

Також слід зазначити, що статичний стереотип, так само як динамічний або фізичний розвиток, не є постійною особливістю людини та може змінюватись не тільки в дитячому віці протягом зростання але й в дорослому. Зміни в статичному стереотипі відбуваються внаслідок гіподинамії або недостатніх фізичних навантажень, через формування звички утримання пози як соціального явища або після травми, при наявності специфічних навантажень на окремі м'язові групи (спортсмени, військові), впливу психологічних факторів або психосоматичних реакцій тощо.

Ефективність реабілітації пацієнтів з порушенням статичного стереотипу залежить від багатьох факторів, наприклад:

1. персональні особливості формування статичного стереотипу;
2. особливості регуляції утримання нового положення у просторі;
3. тривалість утримання статичного стереотипу;
4. наявність органічних змін м'яких тканин, що підтримують новий стереотип;
5. наявність спортивного анамнезу, особливо досвід складнокоординованих навантажень;
6. а також досвід членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди та комплаєнс з пацієнтом тощо.

Метою роботи було проаналізувати особливості зміни статичного стереотипу у військовослужбовців протягом 2022-2024 рр. та оцінити можливості відновлення останнього за наявний період реабілітації.

Методи дослідження: загально клінічні та функціональні методи дослідження, враховуючи оцінку статичного стереотипу, статистична обробка даних.

До групи дослідження увійшло 8 осіб, яких було вперше обстежено у 2022 році та які повторно пройшли обстеження у 2023 та 2024 роках.

За результатами обстеження було виявлено функціональні зміни статичного стереотипу вже після 3-5 місяців тренувань та служби у всіх обстежуваних. При цьому у 2022 році статичний стереотип мав тенденцію до повернення до попереднього під впливом відпочинку тривалістю до 1 тижня у 6 осіб із 8. Двом іншим обстежуваним потребувалось додаткове проведення корекційних реабілітаційних заходів у вигляді лікувального корекційного масажу, корекційних вправ та/або кінезіотейпування (тривалість 7-12 днів). Скарг на стійкі порушення з боку систем органів пацієнти не відзначали.

В 2023 році статичний стереотип не відновлювався після відпочинку та потребував реабілітаційних заходів у всіх досліджуваних (від 7 до 18 днів). При цьому 7 з 8 пацієнтів відзначали наявність періодичних або постійних скарг з боку системи травлення, 3 осіб звернули увагу на часті респіраторно-вірусні захворювання з більш тривалим перебігом та 2 на інші порушення. В особливостях реабілітаційного процесу було враховано скарги з боку систем органів і результати їх клінічного обстеження та застосовували аналогічний підхід до фізичної реабілітації як і в 2022 році. Крім того слід зазначити, що за наявний період реабілітації повне відновлення статичного стереотипу до показників 2022 року відзначено тільки у 4 із 8, результати реабілітації інших пацієнтів мали вірогідні зміни, однак їх можна оцінити як наближені до первинних показників, а не повне відновлення.

При обстеженні групи дослідження протягом 2024 року відзначалися більш стійкі зміни статичного стереотипу, які потребували додаткових реабілітаційних заходів в порівнянні з 2022 та 2023 роками. За 21-денний період реабілітації у 2 пацієнтів було відзначено відновлення статичного стереотипу в порівнянні з 2022 роком на 80%, в свою чергу інші пацієнти за вказаний період реабілітації продемонстрували відношення від 34% до 62%.

В результаті аналізу отриманих даних ми прийшли висновку, що протягом 3 років військової служби, враховуючи особливості впливу фізичних та психологічних факторів, військовослужбовці мають тенденцію до формування стійкої домінанти утримання статичного стереотипу. При цьому тривалість реабілітаційного періоду збільшується та потребує більш ніж 21 день в 2024 році в порівнянні з 7 днями у 2022 році. Ефективність результату реабілітації обмежується наявним періодом останньої та потребує персональної тривалості.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Челебій Т.О., Михайлик К.О.

Одеський національний медичний університет

Актуальність: актуальність теми зумовлена високою часткою ушкодження капсульно-зв'язкового апарату колінного суглоба. Найчастіше ушкоджується передня хрестоподібна зв'язка (43-80% випадків), поєднання розривів передньої хрестоподібної й бічної зв'язок (13-59%). Зростання кількості випадків ушкоджень ПХЗ пов'язано із активністю занять спортом людей молодого віку, а також військовослужбовців.

Мета роботи: перевірити та визначити ефективність роботи реабілітаційних заходів в осіб після пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки коліна.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення науково-методичної літератури з обраної теми.

Результати дослідження: у фізичній реабілітації при пошкодженні передньої хрестоподібної зв'язки коліна є три основні періоди: ранній післяопераційний (0-7 днів), пізній післяопераційний (7-21день), відновний (від 21 дня до 3-4 міс). Після оперативного втручання оперовану кінцівку розміщували в середньо-фізіологічному положенні, з подальшою іммобілізацією колінного суглоба. ЛФК призначається в перші дні після операції і включає в себе дихальні вправи, вправи на ізометричне та динамічне напруження оперованої кінцівки, а також фізичні вправи для загального розвитку для неоперованої кінцівки. Протягом усього періоду застосовувалася фізіотерапію з метою зменшення набряку, пришвидшенню розсмоктування гематоми, а також активації регенераторних процесів у тканинах. Для покращення кровопостачання в ушкодженій кінцівці рекомендовано проводити масаж. Кінезіотейпування призначалося для забезпечення підтримки м'язів та зв'язок, знижуючи тим самим больові відчуття і зменшуючи запалення.

Висновок: аналіз науково-методичної літератури дав змогу узагальнити та пересвідчитися, що методи реабілітації при пошкодженні передньої хрестоподібної зв'язки не є унікальними, але можуть використовуватися у комплексній програмі з чітко встановленими для них цілями. Крім того, важливим пам'ятати, що реабілітація в конкретного пацієнта проводиться з метою відновлення або компенсації втраченої тієї чи іншої функції організму.

ЛЮДИНО-ТВАРИННА ВЗАЄМОДІЯ
ЗА ДОПОМОГОЮ СЛУЖБОВИХ СОБАК
ЯК ІНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Чернілевська-Ісайко О.В.

Одеський національний університет імені І.І. Мечникова

Каністерапія – визнаний у світі метод позитивного психосоціального і реабілітаційного впливу на людей, які цього потребують, через спеціально керованих і навчених собак. Залучення саме службових собак під час психологічної реабілітації з надання емоційної підтримки методом людино-тваринної взаємодії («каністерапії») постраждалих від збройної агресії російської федерації військовослужбовців та правоохоронців в даний час є актуальним, затребуваним та ефективним.

На фізіологічному рівні тактильний контакт з собакою приводить до збільшення дофаміну та окситоцину, які зменшують рівень гормону кортизолу, інтенсивність депресивних і неспокійних станів, знижують рівень кров'яного тиску та тривожність, підвищує на психологічному рівні ресурси стресостійкості і саморегуляції. З іншого – спілкування з собаками підіймає рівень окситоцину, який, що викликає стрес. Представники діяльнісного підходу вказували, що за рахунок взаємодії з тваринами людина може задовольнити наступні потреби: потребу в компетентності, що виражається формулою «я можу»; потребу в реалізації свого внутрішнього потенціалу, тобто потребу бути значущим для інших.

У дослідженні взяли участь кінологи з професійним стажем, вибірка включала 37 випробуваних жіночої та чоловічої статі віком від 17-55 років. Особливості професії респондентів дали можливість встановити особливості психологічних ресурсів при людино-тваринній взаємодії. Так, згідно даних емпіричного дослідження у респондентів існує прямий кореляційний взаємозв'язок між регуляцією рівня стресу та розумінням зв'язку між людиною, твариною і довкіллям з лікувальною дією людино-тваринної взаємодії ($r = 0,583$ та $r = 0,315$, $p > 0,01$), де при цьому між регуляцією рівня стресу та розумінням зв'язку між людиною, твариною і довкіллям також є кореляційний взаємозв'язок ($r = 0,277$, $p > 0,01$), тобто кінологи за рахунок взаємодії з собаками-колегами мають можливість лікувати себе, накопичувати ресурси тощо за рахунок чого регулюється їх рівень стресу і саме тому вони розуміють, що є зв'язок між людиною, тваринами та довкіллям і він дуже важливий. Окрім цього, встановлено, що лікувальна дія людино-тваринної взаємодії має зворотній кореляційний взаємозв'язок з рівнем прокрастинації ($r = -0,253$,

$p > 0,05$), тобто у кінологів взаємодія з собаками надає можливість відновлюватись після стресових ситуацій, тому роблять все вчасно і відкладання справ на потім для накопичення ресурсів їм не притаманно. Отримані дані показують, що показник регуляції рівня стресу має прямий кореляційний взаємозв'язок з диспозиційним оптимізмом та емоційною рівновагою ($r = 0,259$, $p > 0,05$ та $r = 0,277$, $p > 0,01$), тобто у кінологів емоційна рівноваженість та позитивні очікування щодо майбутнього сприяють тому що вони краще регулюють рівень стресу, схильні до активних дій і володіють більш ефективними стратегіями подолання труднощів. У респондентів існує прямий кореляційний взаємозв'язок між соціальною підтримкою, як копінг-стратегією та емоційною рівновагою ($r = 0,224$, $p > 0,05$), тобто отримання інформаційної, матеріальної та емоційної підтримки надає можливість кінологам зберігати емоційну рівновагу. Водночас виявлено, що між показником емоційної рівноваги та рівням прокрастинації існує зворотній кореляційний взаємозв'язок ($r = -0,546$, $p > 0,01$), тобто знаходячись в спокійному, урівноваженому емоційному стані респонденти намагаються все виконувати вчасно. Встановлено прямий кореляційний взаємозв'язок між емоційною рівновагою та почуттями при роботі з собаками ($r = 0,261$, $p > 0,05$), тобто тепло та прийняття, зменшення відчуття тривоги, покращення настрою, відсутність відчуття самотності та підвищення самооцінки при роботі з собаками сприяє тому, що респонденти знаходяться у стані емоційної рівноваги.

Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між проблемно-орієнтованою копінг-стратегією з та такими копінг-стратегіями, як емоційно-орієнтованою, орієнтованою на уникнення, відволікання та соціальну підтримку ($r = 0,726$, $r = 0,890$, $r = 0,543$, $r = 0,799$, $p > 0,01$), які також корелюють між собою на рівні $p > 0,01$, тобто кінологи будучи спрямовані на вироблення якогось плану дій і подальшого проходження його при виникненні стресової ситуації, починають більше контролювати власні переживання, відокремлюючи негативні почуття, що може виражатися через прагнення позбутися виниклої ситуації і піти з неї або через захист себе від проблем за рахунок відволікання на щось інше, або через прагнення знайти в соціумі будь-яку інформаційну, матеріальну або емоційну допомогу. У респондентів існує прямий кореляційний взаємозв'язок між показником резиліентності та показниками проблемно-орієнтованого та емоційно-орієнтованого копінгів ($r = 0,368$, $p > 0,01$ та $r = 0,227$, $p > 0,05$), тобто здатність кінологів впоратися зі складними життєвими подіями та відновлюватися після труднощів чи стресу сприяє формуванню та дії копінгів орієнтованих на вирішення проблеми та контролю над власними переживаннями для того, щоб подолати стрес.

Ресурсна модель людино-тваринної взаємодії у кінологів включає 5 компонентів: «проблемно-унікаюча орієнтація завдяки зв'язку між людиною і тваринами», «лікувальна дія людино-тваринної взаємодії», «захисна дія людино-тваринного зв'язку», «почуття, віра і людино-тваринна взаємодія» і «додаткові ресурси».

Перспективним вбачається подальше вивчення окремо кожного із перерахованих компонентів ресурсної моделі при людино-тваринній взаємодії осіб, робота яких не пов'язана з таким типом взаємодії, щоб побачити різні боки взаємодії між тваринами та людиною як важливого ресурсу при регуляції стресу. Також необхідно більш детальне вивчення впливу людино-тваринної взаємодії на накопичення психологічних ресурсів у спеціалістів екстремальних професій, військових, соціальних працівників, медиків та психологів.

РОЛЬ ВООЗ В РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Шанигін А.В., Ноябрьов Д.В.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. З початку широкомасштабного вторгнення в Україну в лютому 2022 року, потреба в реабілітації різко зросла через велику кількість поранених військових і цивільних осіб. Це створило безпрецедентне навантаження на медичну систему України, підкресливши необхідність ефективних реабілітаційних програм. Згідно з даними, близько 50% населення потребує реабілітаційних послуг, що включають пацієнтів із травмами, спричиненими війною, та хронічними захворюваннями.

Мета. Оцінка ролі ВООЗ у підтримці реабілітаційних програм в Україні, зокрема в умовах війни. Визначення ефективності впровадження нових стратегій і програм, спрямованих на відновлення фізичного та психічного здоров'я пацієнтів.

Матеріали і методи. Аналіз базуються на вивчені офіційних звітів ВООЗ, Міністерства охорони здоров'я України, а також на матеріалах міжнародних організацій, що співпрацюють з Україною у сфері реабілітації. Вивчено програми реабілітаційної допомоги, запроваджені ВООЗ, зокрема підтримка спеціалізованих центрів реабілітації, а також впровадження нових підходів до лікування поранених та осіб з обмеженими можливостями.

Результати та обговорення. ВООЗ відіграє ключову роль у розвитку реабілітаційних програм в Україні, особливо в умовах війни. Одним із

значних досягнень є відкриття на півдні України кількох спеціалізованих центрів реабілітації, включаючи новий центр у Миколаєві, який забезпечує реабілітаційні послуги для понад 500 пацієнтів щомісяця. Завдяки співпраці з ВООЗ, цей центр отримав сучасне обладнання для фізіотерапії та ерготерапії, що значно підвищило якість надання медичної допомоги.

Основною стратегією ВООЗ у напрямку реалізації програм реабілітації є інтеграція реабілітаційних послуг у систему охорони здоров'я, з особливим акцентом на південні регіони України, які постраждали від війни. ВООЗ працює над створенням стійкої та ефективної мережі реабілітаційних центрів, що дозволить забезпечити доступ до якісних послуг для всіх постраждалих. Ця стратегія включає розвиток інфраструктури, підвищення кваліфікації медичних кадрів, та впровадження інноваційних технологій у реабілітацію.

Зокрема, на півдні України ВООЗ спільно з місцевими органами влади забезпечила навчання понад 200 медичних працівників з питань сучасних методик реабілітації. Важливим напрямом роботи стало впровадження нових підходів до лікування пацієнтів з ампутаціями та травмами спинного мозку, що були отримані внаслідок бойових дій. Завдяки цим заходам рівень охоплення реабілітаційними послугами на півдні країни зріс на 30% у порівнянні з довоєнним періодом.

Також ВООЗ сприяла забезпеченню південних регіонів України необхідними реабілітаційними засобами та матеріалами. Зокрема, до Херсонської області було доставлено понад 1 000 інвалідних візків, протезів та інших допоміжних засобів, що значно покращило умови для відновлення пацієнтів, які постраждали під час війни. На національному рівні ВООЗ працює над формуванням єдиної стратегії, спрямованої на розширення доступу до реабілітаційних послуг по всій країні, що є важливим елементом загальної системи охорони здоров'я.

Висновки. Співпраця ВООЗ з Україною є критично важливою для подолання викликів, пов'язаних з війною. Завдяки спільним зусиллям створюються умови для якісного надання реабілітаційної допомоги, що сприяє відновленню пацієнтів та забезпеченню сталого розвитку системи охорони здоров'я України в умовах кризи. Подальший розвиток реабілітаційної інфраструктури та навчання фахівців залишаються пріоритетними напрямами діяльності ВООЗ в Україні.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ ШИЙКИ СТЕГНА. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

Шахназарян К.Е.

Одеський національний медичний університет

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я щороку з переломом шийки стегна звертаються близько 4,5 мільйона людей у всьому світі. Перелом шийки стегна - одна з найскладніших травм, який найбільш часто зустрічаються у людей похилого віку з супутнім остеопорозом. Крім того до причин підвищеної небезпеки отримання перелому шийки стегна є фактор ймовірного падіння, який також підвищується у літніх людей та пов'язується зі зниженням основних фізичних якостей та тону м'язів опорно-рухового апарату.

Метою цієї роботи є наведення прикладів клінічних випадків з власної практики.

Перший клінічний приклад: жінка, 73 роки, впала у себе вдома, тому що поспішила відкрити двері. Після падіння вона не мала змоги піднятися сама, поки родичі не повернулися з власними ключами. Також у іммобілізаційному періоді їй було призначено ліжковий режим протягом 6 місяців. Протягом цього часу атрофувалися м'язи спини, живота тощо і вона не могла навіть сидіти самотійно.

Пацієнтці проводився масаж спини, кінцівок, живота для того, щоб відновити ослаблені м'язи тулуба. На 3 день реабілітації пацієнтка вже самотійно сиділа. На 5-й день стояла, спираючись на ходунки. На 6-10 процедуру пацієнтка вже робила перші кроки. Ми її хвалили щоразу, коли вона стояла, робила перші кроки, спираючись на ходунки.

При першому знайомстві з пацієнткою для досягнення сприятливого результату з першого дня реабілітації також було надано наступні щоденні рекомендації для родичів, які долучилися до реабілітаційного процесу з пацієнткою:

- 1) зміна положення тіла пацієнта у просторі, частіше міняти натільну білизну та постіль;
- 2) дихальні вправи;
- 3) спеціальні фізичні вправи.

Другий клінічний випадок: пацієнтка 85 років, впала на подвір'ї, послизнувшись на льоду. Перший огляд відбувся одразу після зняття гіпсу, в якому вона лежала більше 4 місяців. Також, як і у першому випадку довелося відновлювати атрофовані м'язи тулуба, кінцівок, робити спеціальні вправи

для живота та спини, які я їй навчив для самостійного виконання за моєї відсутності. На 10 сеанс вона вже самостійно пересувалася на ходунках.

Третій випадок: пацієнтці було 92 роки. Довелося починати з психотерапії, оскільки вона хотіла померти, щоб не бути тягарем для рідних та близьких. Для відновлення мотивації пацієнтки та комплаєнсу в подальшому позитивне значення мали наведення прикладів інших пацієнтів з власної практики, які поновили пересування. Наприклад, розповів, що поїхав до першої пацієнтки і дізнався, що вона вже ходить без ходунків, за допомогою палиці спускається на перший поверх, сідає до машини і їде туди, куди їй треба. Також продемонстрував вправи для відновлення тонуусу живота та спини. Дочка запитувала мене, що Ви з нею зробили, вона за Вашої відсутності постійно робить вправи, які Ви їй призначили.

Наприклад, для самостійного зміцнення м'язів живота я рекомендував таку вправу (одна із комплексу): лежачи на спині, вказівним пальцем надавлювати навколо пупка за годинниковою стрілкою, відчуваючи як напружуються м'язи живота. Друга вправа: лежачи на спині вона підтягувалась і піднімала тулуб, тримаючись за мотузку, яку я провів по краю ліжка і прикріпив так, щоб вона могла будь-якої миті взятися за останню.

На 15-ій процедурі вона за допомогою ходунків самостійно ходила в туалет і назад.

В цілому в медичній практиці я мав досвід з реабілітації біля 35 пацієнтів після перелому шийки стегна у віці від 65 до 93 років, яких я реабілітував вдома. Досвід згодом накопичувався та ефективність реабілітації згодом збільшувалася. Пацієнти вчилися заново сидіти, стояти, ходити за допомогою ходунків, після чого пересувалися на двох милицях, а потім за допомогою однієї тростини. З першого дня я застосовував деякі методи психотерапії, які розробив на основі практичного досвіду. Наприклад, під час процедури ми згадували найкращі моменти життя. Це підвищувало настрій і спонукало покращенню психічного та фізичного здоров'я. Важливим є позитивний результат відновлення пересування про який я розповідав всім своїм пацієнтам. Комплекс вправ відновлення м'язів живота та спини я постійно удосконалював.

В результаті комплексу реабілітаційних методів навчання пересування після перелому шийки стегна, у пацієнтів відновилась активність, навички самообслуговування, самостійного пересування, повернулася сила у м'язах, нормалізувався емоційний стан, пропав страх смерті і з'явилося бажання жити.

Вважаю свій досвід корисним для фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВETERANІВ ОДЕЩИНИ

Юшковська О.Г.

Одеський національний медичний університет

Активні військові дії на території країни нашої країни щодня збільшують кількість осіб з інвалідністю як серед військових, так й серед цивільних. Поранення у військових досить часто призводять до інвалідизації, тривалої непрацездатності, розладів психіки та зниженню якості життя постраждалих. Це призводить до суттєвого навантаження на систему охорони здоров'я. Майже 250 тисяч пацієнтів щороку потребують реабілітації. Це в свою чергу безпосередньо пов'язане із пошуком нових можливостей для покращення, якості та ефективності надання реабілітаційної допомоги, адже пацієнти потребують проведення комплексних цілеспрямованих програм фізичної реабілітації, направлених на відновлення та компенсацію втрачених функцій, відновлення та підтримку рівня фізичної активності, покращення психічного стану та якості життя постраждалих.

Постійно триває пошук нових видів реабілітації ветеранів. Вагоме місце займає фізкультурно-спортивна реабілітація у процесі відновлення осіб з інвалідністю. Одним з видів фізкультурно-спортивної реабілітації є адаптивний спорт. Адаптивний спорт – вид адаптивної фізичної культури, що має на меті задовольнити потреби особи з інвалідністю у самоствердженні, соціалізації та комунікації. До загальних завдань адаптивного спорту відносять мобілізацію духу, формування свідомого ставлення до реальності та власних можливостей, самореалізації, розвитку вольових якостей. Світовий та вітчизняний досвід свідчить, що фізкультурно-спортивна реабілітація як окремий вид реабілітаційної допомоги має високу ефективність для ветеранів війни, що обумовлено об'єктивними чинниками, серед яких вік ветеранів війни, рівень їх фізичної активності, а також змагальна компонента й потреба шукати виклики та реагувати на них.

Згідно законів України «Про фізичну культуру і спорт» та «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», фізкультурно-спортивна реабілітація – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей організму для поліпшення фізичного і психологічного стану.

Обов'язковим етапом залучення ветеранів до занять з адаптивних видів спорту є їх оцінка мультидисциплінарною реабілітаційною командою. Під час

зборів мультидисциплінарної команди проводиться повне клінічне обстеження, яке включало такі показники, як оцінку фізичних функцій, оцінку активності у повсякденному житті з наявністю індикаторів психологічних проблем. Враховуючи особливості біомеханіки ветеранів із різними травмами та на різних етапах реабілітація лікарський нагляд дозволяє всебічно описати клінічний та функціональний стан займаючихся, а також попередити травмування.

На Одещині серед інших видів адаптивного спорту, таких як, баскетбол на візках, пара-гольф, бочча, стрільба з лука, адаптивний більярд, активно розвивається новий вид спорту – адаптивне веслування на ялах. Ял – це морехідна військова шлюпка з рейково-розрізним вітрильним озброєнням, яка виготовляється з дерева. Для потреб поранених, Федерацією морських багатоборств України її було модифіковано, а саме розроблені місця для сидіння, які враховуються проблеми з контролем тулуба або нестійкістю кору внаслідок ампутації нижньої (ix) кінцівок.

В порівнянні з іншими адаптивними видами спорту веслування на ялах має свої переваги. По перше, як командний вид спорту, дає можливість військовим знов бути в «своєму середовищі» та окрім зміцнення організму має позитивний вплив на психічне здоров'я, що в свою чергу може стати першим кроком до відновлення. По друге оскільки весляр сидить на розсувному сидінні, діапазон рухів у суглобах та загалом всього тіла може бути адаптований до кожної поранено залежно від рівня мобільності. Цей вид спорту активно покращує м'язовий тонус всього тіла, оскільки одночасно задіяні верхні та нижні кінцівки, а також грудна клітина. Ще однією перевагою веслування на ялах в програмі реабілітації військових є можливість активного залучення в процес членів родин.

Виходячи з наведеного вище, можливо зробити наступні висновки:

- фізкультурно-спортивна реабілітація ветеранів позитивно впливає на підвищення рівня функціональної мобільності, психологічної стійкості та повсякденної активності.

- адаптивний спорт для ветеранів не лише спрямований на досягнення результатів, він дозволяє бути активним учасником реабілітаційного процесу та проходити реабілітацію за принципом «рівний-рівному».

- популяризація адаптивного спорту сприяє формуванню ефективної системи мотивації ветеранів війни та членів їх сімей до активного способу життя, зокрема до рухової активності та занять спортом.

- запровадження комплексної діагностики та реабілітаційного обстеження ветеранів війни лікарями із спортивної медицини та фахівцями з реабілітації як обов'язкової складової заходів фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни.

- з метою розвитку адаптивного спорту важливим є сприяння використанню існуючих об'єктів інфраструктури та розвитку сучасної спортивної інфраструктури Одещини з урахуванням вимог ДБН та наказу МОЗ №198 від 06.02.2024 «Безбар'єрність» для проведення адаптивних спортивних заходів.

- перспективним напрямом є створення інтерактивної мапи спортивних об'єктів Одещини, які можуть надаватися для занять фізичною культурою та спортом учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни та членам їх сімей.

- фізкультурно-спортивна реабілітація є актуальним об'єктом наукових досліджень, що сприяє підготовці наукових кадрів, написанню статей, підручників, захисту дисертаційних робіт.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА АДАПТИВНОГО СПОРТУ

Юшковська О.Г., Середовська В.Ю.

Одеський національний медичний університет

На сьогоднішній день люди з обмеженими можливостями є однією з найбільш соціально незахищених категорій населення.

Більшість із них потребує реабілітації, тому засоби адаптивної фізкультури є соціально значущими заходами.

Адаптивна фізична культура – це комплекс заходів спортивно-оздоровчого характеру, спрямованих на реабілітацію та адаптацію до нормального соціального середовища людей з обмеженими можливостями. Завдяки тому, що державна влада звернула увагу до проблем адаптивного спорту, кількість людей з обмеженими можливостями, які займаються фізичною культурою та спортом, значно збільшилася. Проте проблеми розвитку адаптивного спорту очевидні. Незважаючи на підготовку фахівців із адаптивного спорту та створення системи підвищення кваліфікації, все одно гострою проблемою є нестача кадрів. Більшість викладачів – тренерів навчалися для роботи зі здоровими людьми. Для занять з людьми з обмеженими можливостями мало загальних знань з фізичного виховання, необхідні спеціальні знання, пов'язані з психологією та медициною.

Великою проблемою є недостатнє забезпечення спортивними об'єктами та низький рівень їхньої завантаженості, найчастіше пов'язаний з слабкою матеріально-технічною базою. Для занять людей з обмеженими можливостями споруди не мають необхідного допоміжного устаткування.

Відсутні сертифіковані лікарі, які мають спеціальну освіту у галузі діагностики пацієнтів з обмеженими можливостями для визначення їх спеціалізації у певному виді спорту. Немає підходу до планування навчально-тренувального процесу із спортсменами з обмеженими можливостями та відсутня фінансова мотивація тренерського складу.

Область застосування фізичної реабілітації – всеосяжна, особливо у нинішніх умовах життя, коли здоров'я населення катастрофічно погіршується. Адаптивна фізична культура вже набула широкого поширення у багатьох зарубіжних країнах.

Адаптивна фізична культура вирішує завдання інтеграції людей з обмеженими можливостями до суспільства. У людини з відхиленнями у фізичному чи психічному здоров'ї, адаптивна фізична культура формує усвідомлене ставлення до своїх сил, здатність до подолання як фізичних, а й психологічних бар'єрів. Вона набагато ефективніша за медикаментозну терапію бо спирається на фізіологічні резерви самого організму.

Активізація роботи з людьми з обмеженими можливостями у сфері фізичної культури та спорту, сприяє гуманізації самого суспільства, змінює його ставлення до цієї групи населення, і тому має велике соціальне значення.

Активні фізкультурно-спортивні заняття, участь у спортивних змаганнях є формою необхідного спілкування, відновлюють психічну рівновагу, знімають відчуття ізольованості, повертають почуття впевненості та поваги до себе, дають можливість повернутися до активного життя.

Головним завданням залишається залучення до заняття спортом якомога більшої кількості людей з обмеженими можливостями з метою використання фізкультури та спорту як одного з найважливіших засобів для їх адаптації та інтеграції в життя суспільства. Застосування засобів фізичної культури та спорту є ефективним, а в ряді випадків єдиним можливим методом фізичної реабілітації та соціальної адаптації.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ. ДОСВІД ПРИВАТНОГО ЦЕНТРУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ «НАША ТУРБОТА»

Яблонський О.Ю., Манчук В.В.

Центр фізичної реабілітації «Наша Турбота», с. Крижанівка

Досвід успішної реалізації благодійної програми з надання послуг фізичної реабілітації особам, що постраждали внаслідок війни, комерційною організацією.

Центр фізичної реабілітації «Наша Турбота» – «Будинок Реабілітації», що знаходиться в Крижанівці – приватний профільний вузькоспеціалізований реабілітаційний центр Одеси, що об'єднує в собі сучасне та ефективне обладнання, науково обґрунтовані протоколи терапії, повний склад мультидисциплінарної команди для найкращого відновлення втрачених навичок та усунення обмежень у пацієнтів, які перенесли тяжкі травми та захворювання нервової системи та опорно-рухового апарату (інсульт, черепно-мозкові та політравми, пошкодження та операції на спинному мозку, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, церебральні паралічі, наслідки пухлин ЦНС, переломи та стану та багато іншого).

З початком Російської агресії виникла велика потреба у фізичній реабілітації військовослужбовців, що зазнали травм та поранень. Фахівці нашого центру у якості волонтерів надавали реабілітаційну допомогу пораненим у різних державних закладах охорони здоров'я, а після відновлення роботи нашого центру було вирішено запровадити програму безкоштовної фізичної реабілітації для захисників України. В рамках цієї програми центр «Наша Турбота» за власний кошт проводить 30-денний курс фізичної реабілітації для одного захисника на місяць. Вартість такого курсу – 96000 грн.

На сьогоднішній день за цією програмою в нашому центрі відновили своє здоров'я 25 військовослужбовців. Також до фінансування фізичної реабілітації у нас захисників України долучилися благодійні фонди, завдяки яким ми змогли відновити ще понад 10 військових.

На даний момент черга на проходження безкоштовної реабілітації по програмі складає 5-6 чоловік. Очікування в декілька місяців забирає у пацієнта дорогоцінний час, адже відомо, що вчасно розпочата реабілітація дозволяє досягти найкращих для пацієнта результатів у відновленні та позбавляє його багатьох проблем і ускладнень в майбутньому.

Зважаючи на велику кількість цивільних громадян, що постраждали внаслідок Російської агресії, та їх обмежений доступ до якісної реабілітаційної допомоги, центр «Наша Турбота» вирішив розширити програму безкоштовної фізичної реабілітації. Тепер ми допомагаємо не лише захисникам України, а й цивільним громадянам, що зазнали травм чи поранень внаслідок атак країни-агресора.

Результати успішної реалізації благодійної програми приватного центру фізичної реабілітації «Наша Турбота»:

- За півтора року допомогли 35 військовим та ветеранам, а також провели для них загалом 38 місячних курсів фізичного відновлення
- 10 наших пацієнтів повернулися до лав Збройних Сил України

- 7 ветеранів відновили свою професійну діяльність в цивільному житті
- Більшість героїв повернули собі здатність до самостійного пересування та самообслуговування
- Всі наші пацієнти продовжують курс домашньої реабілітації під контролем та з рекомендаціями наших фахівців.

На даний момент та в майбутньому потреба в реабілітаційній допомозі буде постійно зростати.

Ми щиро дякуємо тим Благодійним фондам та громадським організаціям, які співпрацюють з нашим центром в реалізації програми безкоштовної фізичної реабілітації. Також закликаємо інші приватні реабілітаційні заклади ставати поруч з нами та долучитися до такої необхідної та шляхетної справи – фізичної реабілітації героїв-захисників нашої Батьківщини!

РЕАЛІЗАЦІЯ ПАЦІЄНТОЦЕНТРИЧНОГО КОНЦЕПТУ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ КЛАСТЕРНОЇ ЛІКАРНІ ЧЕРЕЗ СПІВПРАЦЮ МЕДИЧНИХ ТА НЕМЕДИЧНИХ НАДАВАЧІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ

Якименко О.О.¹, Себов Д.М.², Рибак В.А.², Коротаєва В.А.¹, Маркіна К.В.¹

¹Одеський національний медичний університет

*²Комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня №10»
Одеської міської ради*

Актуальність проблеми. Останнім часом в Україні відбувається трансформація системи охорони здоров'я, зокрема інфраструктурна реформа, згідно якої формується спроможна мережа закладів охорони здоров'я, за якою всі лікарні розподілено на надкласерні, класерні та загальні. Класерний заклад охорони здоров'я – багатопрофільний лікарняний заклад, спроможний забезпечити на території госпітального класера потребу населення в медичній та реабілітаційній допомозі при найбільш поширених захворюваннях і станах за напрямками стаціонарної медичної допомоги відповідно до переліку, визначеного Кабінетом Міністрів України.

Особливу роль в рамках інфраструктурної реформи приділяється розвитку реабілітаційної служби у класерних закладах, яка є обов'язковим базовим компонентом з переліку медичних спеціальностей, що має бути присутньою. Відтак, на базі лікарень обов'язкова присутність як гострої реабілітації, що проводиться безпосередньо під час госпіталізації у всі інші нереабілітаційних відділеннях, так і відділення стаціонарної післягострої та довготривалої

реабілітації, де відбувається пріоритетне надання медичної допомоги за спеціальністю фізична та реабілітаційна медицина. Особливу роль приділяється розвитку так званих високотехнологічних реабілітаційних втручань (інвазивних, девайсних та реконструктивних операцій) саме в кластерних та надкластерних закладах охорони здоров'я.

МЕТА: підвищення якості надання реабілітаційної допомоги пацієнтам в умовах кластерного закладу охорони здоров'я спроможної мережі Одеського госпітального округу, зокрема постраждалим внаслідок військової агресії РФ проти України шляхом забезпечення пацієнтоцентричного концепту надання реабілітаційних послуг через залучення немедичних надавачів реабілітаційних послуг.

Об'єкт та предмет дослідження: об'єктом дослідження є реабілітаційний процес, впроваджений в кластерному закладі охорони здоров'я спроможної мережі госпітального округу. Предметом дослідження є стандарти надання реабілітаційної допомоги, що впроваджені у закладі охорони здоров'я та їх повнота для забезпечення потреби населення.

Результати та їх обговорення: Розвиток реабілітаційної допомоги у кластерному закладі охорони здоров'я вивчено на прикладі формування реабілітаційної служби комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня №10» Одеської міської ради.

За Розпорядженням голови Одеської обласної військової адміністрації від 08.09.2023 №707/А-2023 КНП «МКЛ №10» ОМР отримано статус кластерної лікарні спроможної мережі закладів охорони здоров'я Одеського госпітального округу.

В рамках розвитку реабілітаційної служби у закладі створено наступні структурні підрозділи надання реабілітаційної допомоги:

Палата гострої реабілітації інсультного відділення КНП «МКЛ №10» ОМР. Палату створено з 01.12.2022р. на підставі вимог Постанови КМУ від 3.11.2021р. №1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» як структурну одиницю нереабілітаційного відділення безпосередньо у структурному підрозділі, що забезпечує надання гострої реабілітаційної допомоги пацієнтам, хворим на інсульт які потребують реабілітації на спеціально облаштованих ліжках у складі інсультного відділення.

Задля забезпечення функціонування палати гострої реабілітації у роботу підрозділу введено штатні одиниці лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини, терапевта мови та мовлення та лікаря психіатра тощо.

Відділення амбулаторної та психологічної реабілітаційної допомоги. Відділення створено з 01.12.2022р. для надання реабілітаційної допомоги в

амбулаторних умовах особам, які потребують реабілітації. Створено кабінет апаратної фізіотерапії, палатний фонд денного стаціонару, у закладі створені кабінети ерготерапії, зала фізичної терапії, кабінети терапії мови та мовлення, кабінети індивідуального та групового психологічного консультування тощо. В рамках проекту Першої Леді «Ти як» на базі відділення створено центр ментального здоров'я та впроваджено роботу мультидисциплінарної психологічної команди, що включає в себе лікарів психіатра, психотерапевта, психофізіолога, інших немедичних спеціалістів в галузі психологічної реабілітації – терапевта мови та мовлення, клінічного психолога, капелана в сфері охорони здоров'я тощо.

Відділення стаціонарної післягострої та довготривалої реабілітаційної допомоги. Структурний підрозділ з 08.05.2024р. у КНП «МКЛ №10» ОМР почав функціонувати як окреме повноцінне відділення, забезпечуючи цілодобове перебування осіб, які потребують реабілітації та яким за умови відсутності протипоказань надається реабілітаційна допомога високого обсягу мультидисциплінарною реабілітаційною командою протягом післягострого та довготривалого реабілітаційного періодів. Створено палатний фонд одномісного та двомісного перебування, кабінет інвазивних реабілітаційних втручань, кабінет асистивних технологій, кабінети влаштування та підбору технічних засобів реабілітації, лабораторію біоінженерних технологій, територію навчання візковим навичкам, інклюзивний душ та санвузли, інші технічні та службові приміщення тощо.

Відділення оснащене високотехнологічним та реабілітаційним обладнанням, повністю відповідаю табелю матеріально-технічного оснащення стаціонарних реабілітаційних відділень, які надають реабілітаційну допомогу дорослим у післягострому реабілітаційному періоді у відповідності до наказу МОЗ України від 31.05.2023 р. №995. Додатково обладнано кабінет інвазивної реабілітаційної допомоги, що надає високотехнологічну реабілітаційну допомогу, а саме проведення реконструктивних втручань (підготовка культі кінцівок до протезування, імплантація нейростимуляторів, високочастотна нейроабляція при хронічному больовому синдромі, імплантація екто- та ендопротезів та ін).

Телереабілітація. Кабінет телемедицини забезпечує надання телереабілітаційного консультування разом з обстеженням, телереабілітаційних зборів мультидисциплінарної реабілітаційної команди, телеметрії, контролю, домашнього телеконсультування та освіти пацієнта, дистанційної супервізії та в інших формах.

Функціонування служби реабілітації КНП «МКЛ №10» ОМР. Задля якісного та доступного функціонування реабілітаційної служби закладу впроваджено наступні заходи:

- Заключено договір програми державних гарантій медичного обслуговування населення на 2024 рік з Національною службою здоров'я України за напрямками «Надання стаціонарної реабілітації дорослим та дітям з 3 років» та «Надання амбулаторної реабілітації дорослим та дітям з 3 років».

- Впроваджено реабілітаційні маршрути надання медичної реабілітації пацієнтам на гострому, післягострому та довготривалому етапах.

- Враховано надання реабілітаційної допомоги за всіма реабілітаційними напрямками (кардіо-, нейро-, ортопедична реабілітація, психологічна реабілітація).

- Створені мультидисциплінарні команди реабілітаційного та психологічного напрямків.

- Надання реабілітаційної допомоги проводиться згідно індивідуального реабілітаційного плану, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. №1462, з врахуванням доменів, затверджених наказом МОЗ України від 22 січня 2024 року № 107 «Про затвердження рекомендованих наборів доменів за НК 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» для опису функціонування пацієнта».

Проте, ресурси закладу є недостатніми для забезпечення всього спектру надання реабілітаційних послуг, особливо в сфері надання немедичних реабілітаційних послуг. Для повного та всеохоплюючого реабілітаційного моменту у закладі впроваджено пацієнтоцентричний підхід надання реабілітаційних послуг та заключення договорів на співпрацю з іншими немедичними надавачами реабілітаційних послуг задля забезпечення протягом перебування у закладі пацієнтів з питань протезування та ортезування, соціальної та професійної підтримки тощо. До того ж варто зазначити, що забезпечення взаємодії з іншими надавачами медичних послуг в інтересах своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам є обов'язковою вимогою при заключенні договору медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій з Національною службою здоров'я України.

Відтак, для забезпечення повноти реабілітаційних заходів у закладі заключено договори з іншими немедичними надавачами реабілітаційних послуг, а саме:

- з вишами та навчальними закладами, що ведуть науково-дослідницьку, освітню та педагогічну роботу у галузях реабілітації та психології (забезпечення навчання спеціалістів, можливості проведення виробничої практики, залучення кращих спеціалістів тощо),

- з надавачами послуг протезування,
- з надавачами соціальних послуг,
- з надавачами послуг адаптивного спорту,
- з надавачами послуг проживання та перебування родичів під час госпіталізації пацієнта у закладі,
- з надавачами альтернативних реабілітаційних послуг (іпотерапія, дельфінотерапія та ін.),
- з надавачами високотехнологічного імплантування та біомеханічного моделювання,
- з організаторами 3Д-принтингу імплантів, екто- та ендопротезів,
- з вишами та навчальними закладами, що реалізують проекти перекваліфікації та перепідготовки кадрів (забезпечення професіоналізації та психосоціальної адаптації пацієнтів, що надходять на реабілітаційне лікування),
- з громадськими організаціями, надавачами послуг мас-медіа тощо.

Таким чином, зазначених концепт надання реабілітаційних послуг забезпечує готовність кластерного закладу до максимально повного та ефективного надання послуг з медичної реабілітації всім категоріям пацієнтів, зокрема учасникам бойових дій, особам з інвалідністю внаслідок війни, учасникам війни, постраждалим учасникам Революції Гідності, ветеранам війни та членам їх сімей, добровольцям сил територіальної оборони, військовослужбовцям Національної гвардії та МВС, працівникам СБУ та ДСНС, членам сім'ї загиблих (померлих) військовослужбовців та ветеранів війни тощо.

Висновки:

1. Інфраструктурна реформа системи охорони здоров'я України надає можливості розвитку реабілітаційних послуг, при цьому забезпечує можливість суцільного підходу реабілітаційного втручання на базі кластерних закладів охорони здоров'я, що має певне регулювання нормативно-правовими актами чинного законодавства.

2. Пацієнтоцентрична модель надання медичних послуг забезпечує можливість повний цикл реабілітаційних заходів для отримання комплексного максимального впливу та ефективності,

3. Залучення немедичних надавачів реабілітаційних послуг в рамках реалізації комплексного пацієнтоцентричного концепту у кластерній лікарні дозволяє забезпечити надання реабілітаційної допомоги із досягненням максимальної ефективності охоплення потреб всіх категорій пацієнтів, зокрема постраждалим внаслідок військової агресії РФ проти України.

СУЧАСНІ СПА ПРОЦЕДУРИ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ

Афанасьєв С.І.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Приблизно 30 останніх років у світі та в Україні використовують СПА процедури. Методик таких процедур дуже багато і ефект від їх використання надає цьому напрямку все більшої важливості кожного наступного року, особливо якщо врахувати їх суто фізичне походження.

Мета дослідження. Визначити сучасні напрямки СПА-терапії та перспективи їх використання.

Матеріали та методи дослідження: аналіз і узагальнення матеріалів науково-медичної літератури та клінічного досвіду з питань використання СПА процедур.

Результати: за результатами проведеного аналізу науково-методичної літератури щодо сучасних уявлень та досвіду використання СПА процедур було з'ясовано:

Зараз вище вказані процедури надаються у санаторіях, СПА салонах, а, також, можуть проводитись вдома. Звісно, коли процедури відпускаються фахово підготованими кадрами в умовах санаторію чи СПА салону, ефективність процедур вище, але, незалежно від способу використання, процедури, які проводяться вдома, навіть самостійно, сприяють профілактиці захворювань та одужанню.

Висновки: Використання різних видів СПА процедур (у різному вигляді) рекомендоване при комплексному підході до лікування та профілактики різноманітних захворювань та травм.

ЗМІСТ

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК Бабова І.К., Бабов К.Д., Онищак С.П., Бібіков О.А., Балашова І.В.	3
ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ РФ. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ НА БАЗІ ПРИМОРСЬКОГО САНАТОРІЯ Барковський А.С.	5
ХОДЬБА, ЯК ЗАСІБ ФІЗИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ Безега С.	8
МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ Борчану Л.І.	11
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ОНМедУ ПРОТЯГОМ 2024 РОКУ Бурдін І.С.	12
ПСИХОЛОГІЧНА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ Гудим Н.О., Руденко Ю.І.	13
ЕФЕКТИВНІСТЬ АМБУЛАТОРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВИХ З ЗАГОСТЕННЯМ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ Гулуєв В.Н.	14
МІСЦЕ ЛАКТАТУ ПІД ЧАС ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ Гуніна Л.М.	16
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ГОСТРОМУ, ПІДГОСТРОМУ, ДОВГОТРИВАЛОМУ ПЕРІОДАХ Дземішкевич О.С., Бичківська В.О., Чаушак А.Є.	20
ЗНАЧЕННЯ ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖАМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ Єрмакова А.В., Кобець В.В.	21
АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ПРОФЕСІЙНОГО РЕАБІЛІТОЛОГА Жиденко А.О., Паперник В.В.	22
РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК Звада В.В., Очаківська К.О.	25

АКТУАЛЬНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ АХІЛЛЕСОВОГО СУХОЖИЛЛЯ Кальніна Т.О.	26
АМБУЛАТОРНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЦЕНТРУ Канюка Є.В., Руденко О.О.	27
ВПЛИВ АДАПТИВНОГО СПОРТУ НА ТЕРМІНИ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ З АМПУТАЦІЯМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК Кіціс А.Г.	29
ПІДГОТОВКА НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ КАДРІВ ВИЩОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ ЗІ СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ: ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСТЬ Клапчук В.В.	31
ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФІЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВЧУ ТА СПОРТИВНУ ДІЯЛЬНІСТЬ В ОДЕСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ Коростильова Г.Ю.	33
АНАЛІЗ МЕТОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА Кравець С.В.	35
ПОЯВА ДИСТОНІЧНОГО ТИПУ РЕАКЦІЇ НА ФІЗИЧНЕ НАВАНТАЖЕННЯ У СПОРТСМЕНІВ З МЕТАБОЛІЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІСІЮ Михалюк Є.Л., Гороховський Є.Ю.	37
МІСЦЕ БОЙОВИХ МИСТЕЦТВ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ Орлов О.І.	39
ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА Осколкова М.	44
АЛЬГОТЕРАПІЯ – ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯД З ВИКОРИСТАННЯМ МІКРОВОДОРОСТЕЙ CHLORELLA В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ Петренко С.О., Родіонов А.В.	45
СЕКС-КОНТРОЛЬ У ОЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ: ІСТОРІЯ, ДІЙСНІСТЬ, ПЕРСПЕКТИВИ Плакіда О.Л.	50
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО РЕФЛЕКСОТЕРАПІЮ Семененко О.В.	52

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК МЕТОД ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ СПАСТИЧНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ МОЗКОВИМ ІНСУЛЬТОМ Соломка Я.А., Стриженюк В.В.	53
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК МЕТОД ПОПЕРЕДЖЕННЯ УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ МІШЕНОЇ У ПАЦІЄНТІВ З АГ Стоянова О.С., Кишман В.О.	54
ЕРГОГЕННИЙ ВПЛИВ КОФЕЇНУ НА РЕЗУЛЬТАТИ У СПОРТІ Траверсе Г.М., Мизгіна Т.І.	55
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ СТАТИЧНОГО СТЕРЕОТИПУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРОТЯГОМ 2022-2024 РР. Філоненко О.В.	58
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННІ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА Челебій Т.О., Михайлик К.О.	60
ЛЮДИНО-ТВАРИННА ВЗАЄМОДІЯ ЗА ДОПОМОГОЮ СЛУЖБОВИХ СОБАК ЯК ІНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ Чернілевська-Ісайко О.В.	61
РОЛЬ ВООЗ В РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ Шанигін А.В., Ноябрьов Д.В.	63
РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ ШИЙКИ СТЕГНА. КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ Шахназарян К.Е.	65
ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ ОДЕЩИНИ Юшковська О.Г.	67
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА АДАПТИВНОГО СПОРТУ Юшковська О.Г., Середовська В.Ю.	69
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОЇ АГРЕСІЇ. ДОСВІД ПРИВАТНОГО ЦЕНТРУ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ «НАША ТУРБОТА» Яблонський О.Ю., Манчук В.В.	70
РЕАЛІЗАЦІЯ ПАЦІЄНТОЦЕНТРИЧНОГО КОНЦЕПТУ НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ КЛАСТЕРНОЇ ЛІКАРНІ ЧЕРЕЗ СПІВПРАЦЮ МЕДИЧНИХ ТА НЕМЕДИЧНИХ НАДАВАЧІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ Якименко О.О., Себов Д.М., Рибак В.А., Коротаєва В.А ¹ , Маркіна К.В.	72
СУЧАСНІ СПА ПРОЦЕДУРИ ТА ЇХ ВИКОРИСТАННЯ Афанасьєв С. І.	77

ГЕНЕРАЛЬНІ ПАРТНЕРИ ЗАХОДУ



GAGARIN
HOTEL

