

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЗАПОРІЗЬКА ПОЛІТЕХНІКА»
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії



«ВІД ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ: СПАДКОЄМНІСТЬ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ І НАВЧАЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН»

МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю
3-4 червня 2021 р.



ortoSano

КЛІНІКА
ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ
СУТЮВІВ І ХРЕСТА

м. Запоріжжя



УДК 616.7-08

М 33

*Рекомендовано до видання Вченою радою Національного університету
«Запорізька політехніка» (Протокол № 11/21 від 31.05.2021 р.)*

Редакційна колегія:

Бурка О.М., канд. пед. наук,

Присяжнюк О.А., канд. хім. наук, доцент

М 33 Від лікувальної фізичної культури до фізичної реабілітації, фізичної терапії та ерготерапії: спадкоємність спеціальностей і навчальних дисциплін. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Запоріжжя, 3–4 червня 2021 р. [Електронний ресурс] / Редкол.: О.М. Бурка, О.А. Присяжнюк. Електрон. дані. – Миколаїв : ФОП Швець В.М., 2021. – 212 с. – 1 електрон. опт. диск (DVD-ROM); 12 см. – Назва з тит. екрана.

Збірка містить тези доповідей спеціалістів з фізичної терапії та ерготерапії. В розміщених матеріалах відображено широкий спектр тематики наукових досліджень медичної та педагогічної сфер, наведено результати досліджень з діагностики, лікування та реабілітації порушень у стані здоров'я всіх верств населення. Збірка розрахована на широкий загал дослідників та науковців в галузі фізичної терапії та ерготерапії, а також фізичної, реабілітаційної та спортивної медицини.

ISBN 978-617-7421-75-6

© Національний університет
«Запорізька політехніка»
(НУ «Запорізька політехніка»), 2021

Худецький І.Ю., Антонова-Рафі Ю.В., Гомола А.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ ЗІ СПАСТИЧНІСТЮ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ	66
Гречко С.І., Полянська О.С. ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА	71
Гречко С.І. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ КІНЕЗІОФОБІЇ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ	74
Доровських А.В. ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ В ПЕРІОД КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	78
Іваніків Н.М., Ключник Ю.І. РЕАБІЛІТАЦІЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ГРИ	81
Іваніків Н.М., Ключник М.І. РОЗВИТОК ТОНІЧНОГО РОЗГИНАННЯ, ЯК ОДИН З АСПЕКТІВ ПОСТУРАЛЬНОГО КОНТРОЛЮ.....	84
Іванська О.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ РАНЬОМУ ДИТЯЧОМУ АУТИЗМІ	87
Іващенко С.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕНТАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТУДЕНТІВ В ХОДІ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ	93
Канюка Є.В., Бакурідзе-Маніна В.Б., Волошко М.С. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	96

УДК 615.825

Канюка Є.В., канд. мед.наук, асистент,
Бакурідзе-Маніна В.Б., канд. наук з фіз. вих., старший викладач,
Волошко М.С., лікар-інтерн,
Дніпровський державний медичний університет
м. Дніпро, Україна

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Актуальність. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – діагноз, який ставиться в основному на основі клінічних проявів, обумовлених патологією певних структур мозку. Ведучими і основними порушеннями при ДЦП є рухові розлади координації зі зміною м'язового тону, наявність патологічних синкинезій і синергій, мимовільних рухів, а також порушень пози. 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 важкої інвалідизації.

З літературних джерел відомо, що в промислово розвинених країнах з 1000 новонароджених дітей 1,5 – 5,9 % припадає на дітей з ДЦП, що займає перше місце у світі в структурі захворювань з патологією центральної нервової системи. Актуальність питання лікування і реабілітації дітей з ДЦП не викликає сумніву. Особливо важливо на сучасному етапі, коли оцінка терапії повинна проводитися за допомогою доказових методів. ДЦП – група стабільних порушень розвитку моторики і підтримки пози, що ведуть до рухових дефектів, обумовлених непрогресуючим пошкодженням головного мозку у плода або новонародженої дитини. ДЦП розвивається, за

різними даними, в 2-3,6 випадки на 1000 живих новонароджених і є основною причиною дитячої неврологічної інвалідності в світі. В нашій країні, як і в інших, існує тенденція до зростання захворювання нервової системи та опорно-рухового апарату у дітей, що має не тільки медичну проблему, а й соціально-економічну. Головним питанням соціальної політики України стоїть створення для дітей з обмеженнями в рухах 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, звертають свою увагу на потребах не тільки самого пацієнта, але і членів його сім'ї, які беруть участь в щоденній реабілітації та соціальної адаптації дитини. Будучи дисфункціональним станом, захворювання вимагає безперервної щоденної реабілітації з перших днів життя пацієнта.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось у медичному центрі Благодійній організації «Благодійна установа «Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання імені святого праведного Іоанна»» м. Підгороднє, що є клінічною базою кафедри фізичної реабілітації спортивної медицини та валеології Дніпровського державного медичного університету з вересня 2020 року по квітень 2021р. Було проаналізовано 94 медичні карти дітей, що проходили курс реабілітації в Центрі. Середній вік складав 8,4 років. Хлопчиків було 59%, дівчат 41%. Усі пацієнти були розподілені за класифікацією великих моторних функцій Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Ця система класифікації застосовується для об'єктивної оцінки рівня моторних порушень у дітей з церебральним паралічем, базуючись на їхніх функціональних можливостях, потребі у допоміжних пристроях та можливостях пересування та розподіляються за своїми моторними можливостями на п'ять рівнів. І рівень мали 23% дітей; II – 16%; III – 18%; IV – 9%; V – 34%. Формування інди-

відуальної програми реабілітації дитини, включало: первинний огляд педіатра, фізичного терапевта, ерготерапевта, сенсорного терапевта, логопеда-дефектолога, психолога, фахівця з арт-терапії; постановку короткотривалих та довготривалих цілей; програму втручання кожного фахівця.

Результати. Програма втручання фізичної терапії для дітей з I та II рівнем за GMFCS складалась з виконання активних динамічних вправ: хода по біговій доріжці зі змінним кутом нахилу, переступання через перешкоди на рівні колінного суглобу, заступання на лавку, бокові випади; гімнастичні вправи для зміцнення м'язового корсету тулуба; вправи для тренування координації рухів та рівноваги. Діти, що мали III рівень, навчалися на процедурах фізичної терапії використовувати допоміжні засоби пересування; виконували вправи для зміцнення м'язів спини та нижніх кінцівок; отримували пасивний розтяг який виконував фізичний терапевт м'язів та суглобів верхніх і нижніх кінцівок для профілактики контрактур суглобів та зменшення м'язового тону. У пацієнтів, що мали IV рівень за GMFCS, основними цілями ФТ були перевероти зі спини на живі і навпаки та самостійне сидіння. До програми фізичної терапії у дітей V рівня застосовували активно-пасивні вправи для шиї, тулуба та кінцівок з метою контролю положення голови. Ерготерапевтичне втручання включало: масаж верхніх кінцівок; гімнастику пальців рук; формування навички відкривання ключом замка; застібання і розстібання ґудзиків та «блискавки» на одязі; зав'язування вузла; малювання: прямі лінії, геометричні фігури; магнітний лабіринт; малювання на магнітній дошці в залежності від цілей на курс реабілітації, що формувались сумісно ерготерапевтом та батьками дитини. У кабінеті сенсорної інтеграції сенсорним терапевтом проводились процедури сенсорно-інтегративної терапії, які включали стимуляцію, вестибулярної, тактильної, зорової, пропріоцептивної, нюхової систем, розвиток зорово-моторної координації, розвиток великої і дрібної мо-

торики, розвиток зорової перцепції, стабілізації відчуття рівноваги, перетин середньої лінії тіла. Діти, які мали затримку або порушення мовного розвитку відвідували логопеда-дефектолога. Наприкінці курсу реабілітації консиліум фахівців Центру оглядав пацієнтів з метою аналізу результатів проведеного втручання, досягнення або недосягнення поставлених цілей та надання рекомендацій для виконання батьками вдома. Після курсу відновного лікування у Центрі спостерігалась позитивна динаміка функціонального стану дітей за класифікацією GMFCSI рівня у середньому на 1,3%; II рівня на – 2,4%; III рівня – на 5,7%; IV рівня – на 3,2%; V рівня – на 1,8%.

Висновки. Проаналізувавши рівень функціонального стану дітей за класифікацією GMFCS до та після курсу реабілітації яка проводилась у Благодійній організації «Благодійна установа «Центр реабілітації, фізичної терапії та інклюзивного навчання імені святого праведного Іоанна»», можна зробити висновки:

На сучасному етапі розвитку суспільства фізична активність – необхідна умова життя та розвитку людини, що має не лише біологічне, а й соціальне значення. Кінцевий результат рухової активності виражається в оптимізації фізичного, психічного, соціального стану дитини з церебральним паралічем.

Застосування мультидисциплінарного підходу в комплексній реабілітації дітей, що мають діагноз ДЦП, дозволяє покращити загальний фізичний та психо-емоційний стан в динаміці.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування мультидисциплінарного підходу в проведенні реабілітаційних заходів удітей з церебральним паралічем для покращення функціонального стану і профілактики ускладнень.