

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ОСВІТА І ЗДОРОВ'Я ПІДРОСТАЮЧОГО ПОКОЛІННЯ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ,
СПОРТУ І ЗДОРОВ'Я



Український державний університет
імені Михайла Драгоманова

2024 р.

УДК 37.016:613]:005.745
0-72

Матеріали VI Міжнародного симпозиуму «Освіта і здоров'я підрастаючого покоління»: Зб. наук. Праць / За ред. Білик В.Г. Вип. 6. К.: Алатон, 2024. 227 с.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Андрущенко Віктор Петрович – ректор Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, академік НАПН України, Член кореспондент НАН України, доктор філософських наук, професор.

Тимошенко Олексій Валерійович – декан факультету фізичного виховання, спорту і здоров'я, Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, доктор педагогічних наук, професор.

Білик Валентина Григорівна – завідувачка кафедри здоров'язбережувальної освіти та фізичної рекреації Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, доктор педагогічних наук, професор.

ISBN 978-617-7834-38-9

© Редакційна колегія, 2024
© Автори статей, 2024
© Видавництво «Алатон», 2024

принципах: ранній початок, етапність, наступність та комплексність. Раннє застосування засобів і методів фізкультурно-спортивної

реабілітації є головним у відновленні рухової та соціальної діяльності дитини.

Список використаних джерел

1. Morgan C, Fahey M, Roy B, et al. Diagnosing cerebral palsy in full-term infants. *J Paediatr Child Health*. 2018. Vol. 54(10). P. 1159-1164.
2. Novak I., Morgan C., Adde L. et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment [published correction appears in *JAMA Pediatr*. 2017. Vol. 171(9). P. 897-907.
3. Prasad R., Verma N. et al. Magnetic resonance imaging, risk factors and co-morbidities in children with cerebral halcy *J. Child Neurol*. 2011. Vol. 258. P. 471-478.
4. Гришуніна Н.Ю. Фізична реабілітація при дитячому церебральному паралічі з врахуванням порушень динамічного стереотипу: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Дніпро, 2008. 20 с.
5. Єдинак Г.А. Технологія використання засобів фізичної культури в руховій діяльності дітей з церебральним паралічем у спеціальних навчальних закладах : метод. рек. Кам'янець-Подільський, 2007. 96 с.
6. Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : навч.-метод. посіб. Київ : Інтермед, 2005. 416 с.
7. Мерзлікіна О.А. Методичні рекомендації з корекції рухових функцій дітей-інвалідів з наслідками церебрального паралічу. Львів : ЛКА, 2002. 120 с.
8. Холодов С.А. Формування навичок ходьби у дітей дошкільного віку із спастичними формами дитячого церебрального паралічу: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Одеса, 2006. 21 с.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ І МЕТОДІВ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗДОРОВ'Я ОСІБ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Качур Євген Юрійович

кандидат медичних наук, доцент кафедри фізкультурно-спортивної реабілітації та спортивних і рухливих ігор Українського державного університету імені Михайла Драгоманова

Сіленко Сергій Миколайович

студент 2 курсу спеціальності 017 «Фізична культура і спорт» Українського державного університету імені Михайла Драгоманова

Сущенко Людмила Петрівна

доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри фізкультурно-спортивної реабілітації та спортивних і рухливих ігор УДУ імені Михайла Драгоманова

Велика питома вага черепно-мозкового травматизму, висока летальність та інвалідизація постраждалих, фактичне збільшення чисельності нейротравм, невтішні дані довгострокових прогнозів виводять проблему нейротравматизму в розряд пріоритетних. Дані досліджень протягом останніх 25 років показали, що в загальній структурі травматизму ушкодження центральної нервової системи складають до 30–40%, а серед причин інвалідизації населення, що настали внаслідок усіх травм, вони виходять на перше місце і складають 25–30%. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) належить до найбільш поширених видів травматичної патології, що становить близько

40% від усіх видів травматичних ушкоджень. Важливість цієї нозології визначають висока летальність і тривала непрацездатність. До не менш значних у соціальному та економічному плані відносять наслідки ЧМТ.

Проблемі реабілітації для відновлення здоров'я осіб з черепно-мозковою травмою присвятили свої праці вітчизняні вчені Р. Баннікова, С.В. Зябліцев, К.Л. Калінкін, Б.Р. Крук, О.І. Ніколенко, Н. Росолянка, Л.Л. Чеботарьова та ін.

Колектив авторів написали методичні вказівки «Реабілітація військовослужбовців з наслідками легкої черепно-мозкової травми в умовах санаторно-курортних і реабілітацій-

них закладів» [4]. Питання, пов'язані з реабілітацією для відновлення здоров'я осіб з черепно-мозковою травмою, розглядали зарубіжні науковці S. Braun, M. Kleynen і T. Van Heel, B. Dominiek, D. Beckers, S. Adler і M. Buck, A.W. Dromerick, P.S. Lum і J. Hidler, J. Ghajar, F. Holtbernd і D. Eidelberg та ін.

Основними завданнями реабілітації осіб із ЧМТ є: 1) профілактика виникнення ускладнень внаслідок перенесеної травми; 2) відновлення втрачених рухових функцій; 3) компенсація втрачених функцій та адаптація до соціуму. Для періоду гострих проявів рекомендованим є застосування лікувальної гімнастики та масажу, яке має на меті вирішення таких завдань: зменшення больових відчуттів, зменшення захисного спазму м'язів голови, шиї та верхнього плечового поясу, поліпшення психоемоційного стану пацієнта. Точковий та сегментарно-рефлекторний масаж використовують з метою зниження спазмованої мускулатури шиї та верхнього плечового поясу. Для проміжного періоду характерним є збільшення застосування форм і засобів фізкультурно-спортивної реабілітації. У цьому періоді використовують як індивідуальні заняття, так і малогрупові, а також самостійні заняття.

Дослідники стверджують, що застосування ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять фізичними вправами, гідрокінезотерапії, лікувальної ходьби сприятиме нормалізації м'язового тону, поліпшенню загального фізичного стану організму, інтенсифікації кровообігу та обмінних процесів, поліпшенню психоемоційного стану пацієнтів.

Для віддаленого періоду характерним є ще більше розширення застосування форм і засобів фізкультурно-спортивної реабілітації, до зазначених додають теренкур та різні види апаратного масажу. Водночас збільшуються тривалість занять та дозування навантажень.

Н. Росолянка вважає, що для виконання поставлених завдань та ефективного результату реабілітації потрібно дотримуватися таких загальних принципів:

1. Відповідно до міжнародних рекомендацій і концепції «час=мозок» реабілітаційні заходи після травматичного ураження головного мозку слід починати якнайшвидше. Отож, активізувати хворих належить відразу під час досягнення пацієнтами клінічної ста-

більності, тому що найбільш значуще рухове відновлення відбувається в перші кілька днів після пошкодження речовини мозку.

2. Безперервність реабілітаційних заходів. Цей принцип є основою ефективності реабілітації, тому що безперервність та поетапна черговість реабілітаційних заходів – запорука зменшення часу на лікування, зниження інвалідності та зменшення витрат на відновне лікування і довготривале утримання неповносправності.

3. Комплексність реабілітаційних заходів. На сьогодні європейське відділення ВООЗ визначило мультидисциплінарний підхід у реабілітації хворих із неврологічним дефіцитом як найефективнішу форму надання допомоги такому контингенту хворих.

4. Індивідуальність реабілітаційних заходів. Реабілітаційні програми складають індивідуально для кожного пацієнта / клієнта за результатами реабілітаційного обстеження та потреб / побажань пацієнта.

5. Необхідність реабілітації в колективі. Проходження реабілітації разом з іншими хворими чи неповносправними формує у пацієнта почуття члена колективу, морально підтримує його, нівелює дискомфорт, пов'язаний із наслідками захворювання [21].

Р. Баннікова, К. Калінкін, Ю. Магнусевський зазначають, що програма реабілітаційних заходів повинна визначатися рівнем наслідків. Частим наслідком травматичного пошкодження мозку, який призводить до інвалідизації, є порушення рухової функції. Основою рухової реабілітації є онтогенетично обґрунтована кінезітерапія [3].

Процес утворення нових рухів і рухових навичок у науковій літературі прийнято позначати терміном «рухове навчання» («motor training»). Т. Kitago і J.W. Krakauer вважають, що рухове навчання має стати ключовим принципом побудови більшості методик реабілітації, спрямованих на відновлення порушених рухових функцій унаслідок ЧМТ [5]. Руховому навчанню останнім часом приділяють підвищену увагу в контексті реабілітації.

Б.Р. Крук, В.В. Рокошевська та О.Ю. Білянський пропонують диференційований підхід до застосування засобів реабілітації залежно від проявів неврологічного дефіциту [2]. Вчені обґрунтовують це тим, що прояви

неврологічного дефіциту залежатимуть від локалізації та важкості забійного вогнищ головного мозку. У клініці наслідків цієї травми можуть спостерігатись як загально-мозкові розлади – головний біль, нудота порушення рівноваги, запаморочення, порушення свідомості, так і вогнищеві – парези, паралічі, порушення чутливості, афазії, випадіння полів зору, порушення координації. Нерідко симптоматика буває змішаною. Ця методика передбачає обстеження пацієнта з метою оцінювання важкості та клінічних проявів травми. На підставі аналізу результатів обстеження диференційовано вибирають засоби та методи реабілітації.

Методика передбачає вирішення таких завдань, як: розвиток сили паретичних м'язів; корекція тону та спастичності м'язів; тренування рівноваги та координації; навчання навичок переміщення та самообслуговування.

Одним із найважливіших видів відновлення здоров'я вважають кінезітерапію. Так, J.P. Maxwell, R.S.W. Masters та F.F. Eves вказують, що кінезітерапія без тренування навичок повсякденного життя є недостатньо ефективною [6].

Таким чином, застосування засобів і методів фізкультурно-спортивної реабілітації має пріоритетну роль у відновленні здоров'я осіб з черепно-мозковою травмою. Черепно-

мозкова травма є складною медико-соціальною проблемою, яка нерідко призводить до глибокої інвалідизації пацієнтів та утруднює повернення до соціально активного та повноцінного життя. Засоби та методи застосовують на всіх етапах і періодах реабілітації. Проте при всьому різноманітті використовуваних методик відновлення втрачених рухових функцій у осіб з черепно-мозковою травмою на сьогодні немає єдиної системи диференційованого використання засобів і методів фізкультурно-спортивної реабілітації. Відповідно до міжнародних рекомендацій і концепції «час=мозок» реабілітаційні заходи після травматичного ураження головного мозку повинні починатися відразу ж. На основі сучасних знань про патогенез травматичної хвороби мозку доцільним є створення реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення у осіб з ЧМТ простих і складних рухових функцій. Надзвичайно висока поширеність і неухильне зростання числа черепно-мозкових травм, високий відсоток ускладнень та інвалідизації значних груп населення зумовлюють необхідність вивчення цієї соціальної проблеми та розробку ефективних засобів і методів фізкультурно-спортивної реабілітації для відновлення здоров'я осіб з ЧМТ.

Список використаних джерел

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

2. Крук Б.Р. Фізична реабілітація осіб із черепно-мозковою травмою / Б.Р. Крук, В.В. Рокошевська, О.Ю. Білянський. *Спортивна наука України*. 2015. № 1.

3. Росолянка Н. Сучасний стан застосування засобів та методів фізичної реабілітації осіб з черепно-мозковою травмою. *Спортивна наука України*. 2016. №5. С. 46-49.

4. Реабілітація військовослужбовців з наслідками легкої черепно-мозкової травми в умовах санаторно-курортних і реабілітаційних закладів: метод. вказ. / за заг. ред. Балашової І.В., Футрук О.В. Одеса, 2022. 22 с.

5. Kitago T. Motor learning principles for neurorehabilitation / T. Kitago, J.W. Krakauer. *Handb Clin Neurol*. 2013. Vol. 110. P. 93–103.

6. Maxwell J.P. The role of working memory in motor learning and performance / J.P. Maxwell, R.S. W. Masters, F.F. Eves. *Consc Cogn*. 2003. №12. P. 376–402.