

Спеціалістами столичної клініки сучасної неврології «Аксімед» за мотивованою згодою 25 пацієнтів із постінсультним глибоким геміпарезом або плегією (17 жінок та 8 чоловіків середній вік – 59,4 ±3,6 років зі строком після інсульту 3,4 місяці), було проведено персоналізовану програму комплексної нейрореабілітації з включенням дзеркальної терапії. Процедура тренування займала 10-12 хв. і перші 3-5 занять проводилися під контролем інструктора (кінезотерапевта), які навчав пацієнта правильному виконанню вправ. Перед початком цієї програми у хворих проведено тестування за неврологічними шкалами (Ренкіна, Рівермід, індекс Бартела), оцінювання за якими після 3-х місячного курсу свідчило про позитивну динаміку рухових показників у 21 пацієнта [6].

Висновки:

1. Своєчасна й адекватна реабілітація хворих після інсульту є надзвичайно важливою, її відсутність призводить до закріплення не зворотних змін та зумовлює інвалідизацію людини.

2. Результати дослідження ефективності методу дзеркальної терапії в реабілітації постінсультних хворих доводять його ефективність. Застосування даного методу має наступні переваги:

- можливість проводити як в стаціонарі, так і самостійно в домашніх умовах;
- не потребує значних фінансових витрат та значних витрат часу.

Список використаних джерел

1. Гирявець М. В. Клініко-неврологічні та нейропсихологічні особливості відновлення рухової функції у хворих з когнітивними порушеннями після перенесеного ішемічного інсульту : дис. ... к-та мед. наук : 14.01.15 / ДВНЗ «Ужгородський. нац. ун-т». Ужгород, 2021. 181 с.

2. Грибок Н. М., Буцик О. М. Ерготерапія в Україні. Сучасний стан проблеми. *Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії* : матеріали IV Всеукраїнської дистанційної наук.-практ. інтернет-конф. Суми : вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018. С. 6-9.

3. Дзеркальна терапія: відображення здоров'я : веб-сайт. URL: <https://dailyday.com.ua/health/dzermalnaterapiya-vidobrazhennya-zdorov-ya.html> (дата звернення: 10.06.2022).

4. Купріненко О. Аналіз сучасного стану та проблем ерготерапії військовослужбовців Збройних сил України постраждалих внаслідок бойових дій. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Том 5, № 4 (26). С. 36-43.

5. Пулик О. Р., Гирявець М. В. Використання дзеркальної терапії у хворих з неглектом та когнітивними порушеннями після перенесеного півкульного ішемічного інсульту. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 2 (49). С. 54-57.

6. Сіделковський О. Л., Корчинський А. А., Савчук М. М. Дзеркальна терапія у фізичній нейрореабілітації пацієнтів після мозкового інсульту : веб-сайт. URL: <http://www.mif-ua.com//archive/article/44178> (дата звернення: 10.06.2022).

Ридзель Ю. М., к. е. н.

Харлан А. А., здобувачка вищої освіти гр. СП-201
Національний університет «Чернігівська політехніка»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА УСКЛАДНЕНОГО ГРИЖЕЮ

Актуальність роботи. Проблема остеохондрозу не тільки не втрачає своєї актуальності в наш час, але й навпаки, привертає увагу спеціалістів з різних сфер діяльності. Остеохондроз хребта – це дегенеративний процес в міжхребцевих дисках, що у свою чергу веде до вторинного розвитку компенсаторних змін в структурному апараті хребта [1]. Якщо 10-15 років назад ця хвороба більше стосувалася людей похилого віку, то тепер все частіше зустрічається у підлітків та навіть у дитячому віці. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, остеохондроз хребта за поширеністю посідає третє місце після патології серцево-судинної системи та онкологічних захворювань.

Фізична реабілітація при міжхребцевих грижах поперекового відділу хребта залежить від клінічних проявів – дискомфорт, біль, слабкість м'язів тощо. Традиційні програми фізичної реабілітації, що розроблені вітчизняними і закордонними фахівцями і діють в лікувальних закладах. Сучасна людина веде малорухливий, сидячий спосіб життя. Постійне перенапруження м'язів спостерігається у осіб багатьох професій, пов'язаних з довгою фіксацією робочої пози. У спортсменів при навантаженнях на хребет або при фізичних перенавантаженнях ресорних властивостей хребта в ньому розвиваються дистрофія і запальний процеси. При подразненні і травматизації спинного мозку виникають важкі форми захворювань нервової системи. Погіршується рухливість хребтового стовпа та суглобів. Без проведення спеціальних лікувально-профілактичних заходів захворювання буде прогресувати. Медикаментозне лікування частіше не дає необхідного позитивного ефекту і разом з цим нерідко призводить побічні реакції. Тому основне лікування припадає на немедикаментозні методи лікування (фізичні вправи під наглядом лікарів, масаж та інше). Для розробки програми реабілітації треба знати біомеханіку хребта у нормі і при патології, знати протипоказання до призначення фізичної реабілітації, розуміти характеристику основних засобів і методів фізичної реабілітації хворих на остеохондроз хребта та застосування їх у комплексі для кращого результату [5].

Тему остеохондрозу хребта з ускладненою грижею у поперековому відділі хребта висвітлювали такі науковці як: В. А. Епифанова, М. В. Дев'ятова, А. С. Кадиков, В. М. Боголюбова, С. М. Бубновський, Ш. Ф. Эрдес, А. М. Ткачев, А. В. Епифанов, Е. С. Акарачкова, А. В. Смирнова, А. В. Илюшин, Д. С. Арчаков, Я. І. Бедрій, В. С. Джигерей, А. І. Кидасюк, В. Г. Черкасов, М. Р. Сапін, Я. І. Федонюк, В. А. Евминов, О. В. Козырева, Я. Ю Лисюк, В. А. Парфенов, Т. Т. Батышева та ін.

Остеохондроз – це захворювання, пов'язане з порушенням обміну речовин у хребті, насамперед, у міжхребцевих дисках, де виникає нестача води, амінокислот та мікроелементів. В результаті погіршується їх еластичний стан та функції, основна з них – амортизуюча. Згодом міжхребцевий диск сплющується та випинається (пролапс), можливий розрив фіброзного кільця та випадання диска (грижа диска). Особливо небезпечно випадання диска у бік спинного мозку та його защемлення. При остеохондрозі міжхребцевий диск деформується і «усихає», відстань між хребцями скорочується, затискаючи корінцеві нерви, які беруть свій початок від спинного мозку, – виникають болі. Залежно від локалізації захворювання розрізняють шийний, грудний та поперековий остеохондроз. Поперековий остеохондроз – найпоширеніший вид остеохондрозу, тому що на поперековий відділ хребта припадає основне навантаження ваги тіла. Основні симптоми: біль у ділянці попереку, що часто віддає в ноги та сідниці, оніміння ніг, порушення функції статевих органів та процесу сечовипускання [3]. До появи грижі у хребті непомітно рік у рік відбуваються деструктивні зміни. Диски, розташовані між хребцями, від неправильних навантажень, різкого підняття важких речей стираються, а їхня еластична тканина заміщається грубою фіброзною, яка до того ж ще починає розростатися. Лікарі в таких випадках ставлять діагноз «остеохондроз» і якщо пацієнт не скаржиться на сильні болі, додаткових досліджень не проводять. Однак у деяких хворих згодом диск починає випинатися у просвіт хребетного каналу, утворюючи грижу. Вона здавлює нервові коріння, викликаючи різкий біль. В останні десятиліття це захворювання помолодшало, його перші ознаки можуть з'явитися вже до 25 років. Найпоширеніша скарга хворих – біль у попереку, який частіше буває тільки з одного боку і іноді віддає в ногу, обмежуючи рухи. Згодом приєднуються та інші симптоми: викривлення хребта, атрофія м'язів, оніміння ноги. Як правило, всіх пацієнтів із підозрою на грижу спочатку спрямовують на рентген хребта. Але це дослідження дає надто мало інформації, особливо у початкових стадіях захворювання. Єдиний надійний метод діагностики міжхребцевої грижі – магнітно-резонансна томографія. З її допомогою можна виявити навіть найменші зміни в хребті і точно визначити розміри випинання диска. На жаль, ця апаратура є далеко не у кожному лікувальному закладі. До того ж, це досить дороге дослідження. Однак у

деяких випадках без нього не обійтися. При міжхребцевій грижі розміром менше 5 мм можливе консервативне лікування. Якщо ж грижа більша, лікар швидше за все запропонує операцію. Хірургічне втручання необхідне також тим, хто через хворобу не може самостійно пересуватись, у кого з'явилися стійкі порушення чутливості або проблеми із сечовипусканням. Рекомендується операція і в тому випадку, якщо після двох місяців інтенсивної консервативної терапії, як і раніше, зберігаються сильні болі [1].

Середня тривалість хвороби пацієнтів ($n=54$) – $6,5\pm 0,33$ років. У 5 % хворих давність хвороби – менше 2 років. Хвороба супроводжувалася больовими синдромами, де у 95% випадків хворі скаржилися на постійний біль у поперековому відділі хребта. Перший період «гострий» триває 10-17 днів. Пацієнти відчують біль, який часто обмежує їх рухи. На цій стадії пацієнтам з вираженим больовим синдромом не бажане будь-яке не дозоване силове навантаження по осі хребетного стовпа на поперековий відділ. Другий період «підгострий» триває 18-50 днів. Третій період «відновний» котрий триває до повного відновлення, та є профілактикою рецидиву захворювання. У підгострій стадії 6-8 день, руховий режим – вільний. Завдання цього періоду: зниження болю, покращення трофічних процесів у нестабільних сегментах, адаптація до фізичного навантаження, розслаблення постуральних і зміцнення гіпотрофованих м'язів [2].

Серед локальних завдань було збільшення сили в певному м'язі та стимулювання відновлення рухів. Засоби фізичної реабілітації спрямовані на формування ізольованих рухів в окремих суглобах зі статодинамічною регуляцією м'язів. Лікарі рекомендують виконувати спеціальні ізометричні, ізотонічні вправи на розслаблення м'язів, збільшення рухливості у поперековому відділі хребта, зміцнення м'язів тулуба, кінцівок, м'язів-стабілізаторів хребта, антигравітаційного комплексу м'язів. Особлива увага приділялась усуненню порушень стереотипу актів стояння і ходьби. Хворим додатково рекомендували елементи постізометричної релаксації (ППР), масаж, дозоване тренування в ходьбі та вправи на паралельних брусах. Хворі повинні виконувати вправи у в.п. – лежачи та стоячи. Рекомендували розпочинати день з РГГ (10-15 хвилин) для підготовки серцево-судинної системи та ОРА до навантажень. У кінці стадії додавалися активні ізометричні вправи для зміцнення м'язів-стабілізаторів хребта. Тривалість занять 20-40 хвилин, відповідно до загальної та локальної реакції організму на навантаження, що не викликало стомлення. Рекомендовано 2-3 вправи по 6-10 повторень (для верхнього плечового поясу до 30 повторень). Не залишали без уваги психоемоційну сферу. Намагалися викликати у хворого позитивний настрій та залучити його до активної участі у реабілітаційному процесі. Метод проведення занять – індивідуальний. Під час утримання рук, ніг або тулуба – не затримувати дихання, після 2-3 повторень – пауза 0,5-1 хвилина або дихальна вправа. Стадія ремісії 9-20 день, руховий режим – щадний. Завдання цього періоду: відновлення оптимального статодинамічного стереотипу, закріплення правильної постави, підвищення стабільності поперекового відділу хребта, покращення біомеханіки актів стояння та ходьби. Застосовувати ППР, масаж, дозовану ходьбу (50-300 м), спеціальні фізичні вправи на фітболі і балансувальних дисках. При виконанні спеціальних фізичних вправ на фітболах та балансувальних дисках здійснюється специфічний і неспецифічний вібраційний вплив у низькочастотному діапазоні на організм людини, що дозволяє індивідуалізувати та підвищити ефективність реабілітаційного процесу. Заняття на балансувальних дисках сприяли покращенню діяльності вестибулярного апарату, координації рухів, рівноваги та зміцненню всіх груп м'язів. Для зміцнення м'язів спини та черевного пресу, стійкості до ортостатичних навантажень потрібно застосовувати спеціальні фізичні вправи на фіт-болі. Треба виконувати вправи з повторенням від 5-6 до 7-8 разів для певних вправ, відпочинок між підходами становив 1-2 хвилини. Принцип тренувань – поступове зменшення площі опори при збільшенні дестабілізуючих рухів. З поліпшенням функції рівноваги у в. п. сидячи і стоячи поступово потрібно проводити вправи у русі: ходьба по балансувальній доріжці, пересування спиною і боком вперед. Заняття проводити з поступовим ускладненням вправ у повільному темпі, без різких рухів. Уникати різких нахилів, поворотів, стрибків, вправ на швидкість,

заборонялись вправи, що посилюють біль. Після зняття включати вправи для зміцнення м'язів спини і живота. Збільшувати тривалість прогулянок з 20-30 хвилин до 2-3 годин на день. Під час проведення фізичної реабілітації хворим похилого віку треба оцінити стан когнітивних функцій, психоемоційної сфери та їх мотивації. Перед початком занять розмовляти з хворим у повільному темпі, повторювати декілька разів інструкції, тренувати увагу, коригувати психоемоційні розлади, залучати до обговорення програми відновлення, складати розклад процедур для уникнення фізичної перевтоми [5].

Висновки. На основі аналізу науково-методичної літератури нами було визначено причини, механізм розвитку та особливості перебігу остеохондрозу хребта ускладненою грижею у поперековому відділі хребта. Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості будови та функції хребетного стовпа і прилеглих до нього тканин, поперековий відділ є найчастішою областю розвитку патології хребта, зокрема, остеохондрозу. Комплексна програма реабілітації хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта, проводиться з урахуванням патогенезу захворювання та провідних синдромів. Враховуючи клінічні показники нами була висвітлена програма реабілітації, яка включала: лікувальну гімнастику; постізометричну релаксацію; лікувальний масаж із елементами тракції хребта; спеціальні вправи на технічних засобах з нестійкою опорою (балансувальні диски, фітболи).

Список використаних джерел

1. Межпозвоночная грыжа позвоночника начинается с остеохондроза. URL: <https://aif.ru/health/life/36861> (дата звернення: 10.11.2021).
2. Остеохондроз позвоночника: патогенез, неврологические проявления и современные подходы к лечению. Лекция для практических врачей. URL: <http://surl.li/ceorm> (дата звернення: 10.11.2021).
3. Остеохондроз. URL: <http://surl.li/ceoro> (дата звернення: 10.11.2021).
4. Система David у комплексі засобів фізичної реабілітації при міжхребцевих грижах поперекового відділу хребта. URL: <http://surl.li/ceorg> (дата звернення: 10.11.2021).
5. Фізична реабілітація при остеохондрозі поперекового відділу хребта ускладненого грижею міжхребцевих дисків на рівні S1-L5. URL: https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/29330/1/Korniyuchuk_bakalavr.pdf (дата звернення: 10.11.2021).

Чалкова І. Ю., здобувачка вищої освіти гр. МСР-211
Науковий керівник – **Остряк Т. С.**, к. пед. н.
Національний університет «Чернігівська політехніка»

СУТНІСТЬ ДІЯЛЬНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ГРОМАДІ

У найзагальнішому вигляді соціальна робота в громаді визначається як процес сприяння звичайним людям у покращенні їх власного благополуччя, шляхом організації колективних дій. Інакше кажучи, соціальна робота в громаді окреслюється як втручання і активізація місцевих людських ресурсів з метою вирішення соціальних проблем, підвищення рівня надання послуг і соціального функціонування її членів. Акцент при цьому робиться на посередницькій, роз'яснювальній роботі і на ініціюванні створення структур, здатних розширити можливості місцевих жителів.

В умовах сьогодення, під час воєнного стану, діяльність соціального працівника в громаді є дуже важливою та необхідною формою надання послуг, адже зараз вразливі категорії населення потребують підтримки.

Громада як рівень соціальної роботи є привабливою й з огляду на можливість поєднувати формальні та неформальні види надання допомоги. Так, наприклад, у Великій Британії є спеціальний закон, що регулює взаємовідносини у наданні допомоги у громаді, згідно з яким можливо залучати недержавні організації до надання послуг, які повинні надаватися державними організаціями [1, с. 390].

Особливість підходу активізації громади полягає в тому, що пересічні люди визначають власні потреби, виробляють рішення і працюють, щоб виконати його.