

реабілітологом, а з однолітками, що сприяє підвищенню успіхів як у фізичному, так і у психічному розвитку. Важливим фактором у розвитку під час гри є й те, що рухливі ігри сприяють формуванню та розвиткові особистісних якостей дітей: інтересу до навколишнього середовища, позитивному ставленню до однолітків, сприяє соціалізації дитини, тобто розвивається вміння діяти в колективі, підвищує спроможність дитини до контролювання своїх дій.

Саме, рухливі ігри як засіб реабілітації дітей з особливими потребами має низку якостей, серед яких найважливіше місце займає висока емоційність всіх її учасників, адже під час рухливої гри здійснюється комплексний вплив на моторну й нервово-психічну сферу дитини [2].

Головним завданням фізичного реабілітолога є правильна оцінка фізичного та психологічного стану дитини, тобто необхідно правильно розподілити команди дітей, які будуть рівні по силам, руховим можливостям, віковим категоріям, індивідуальним можливостям для кожної дитини окремо.

**Основні висновки.** Отже, рухливі ігри займають особливе місце у формуванні та всебічному розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров'я. Такий вид рухової активності, дозволяє вирішити велику кількість корекційних завдань, шляхом залучення в неї самої дитини, цим самим сприяючи засвоєнню елементів та навичок соціальної адаптації. Цей аспект реабілітаційної програми є дуже важливим, не тільки для таких дітей, а й для всього суспільства взагалі, тому робота з фахівцем з реабілітації є необхідною ланкою у становленні даних дітей як окремих соціально спроможних громадян нашої країни.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Гаврилушкина О. П. Виховання і навчання розумово відсталих дошкільників – Просвіта, 1985. – 72 с.

Н. Дмитрієв А. А. Фізична культура в спеціальній освіті: навч. посіб. для студ. вищ. пед. навч. зав.– Академія, 2002. – 176 с.

3.Петряшев І.О., Самойленко В.Б., Яковенко Н.П. Медична і соціальна реабілітація: підручник (ВНЗ І–ІІІ р. а.) 2018 – 23 с.

**Анастасія Димова**

студентка 4 курсу

факультету фізичної культури, спорту та здоров'я людини

Наук. керівник: **С. М. Хатунцева,**

д.пед.н., професор (БДПУ)

## **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ І ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ**

**Актуальність.** Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гостра кишкова непрохідність складає від 9,4 до 27,1%. Ця патологія відзначається складним перебігом, високою летальністю серед хворих. Тому, фізична реабілітація є одним з найважливіших засобів

попередження ускладнень після операцій на кишечнику.

**Ступінь досліджуваності проблеми.** Питання використання засобів фізичної реабілітації в післяопераційний період при хірургічному лікуванні гострої кишкової непрохідності розглядали такі вчені як: О. Блага, В. Боголюбов, П. Готовцев, Л. Дичка, А. Маринченко, І. Микула, В. Мухін, В. Соколовський, В. Селиванов, В. Сухан та інші вчені.

**Метою** нашого дослідження є вивчення особливостей застосування фізичної реабілітації в післяопераційний період при хірургічному лікуванні гострої кишкової непрохідності.

**Сутність дослідження.** Лікування гострої кишкової непрохідності є однією із актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. Показники післяопераційної летальності варіюють від 4 до 32 %. Це обумовлено пізньою госпіталізацією, діагностичними та тактичними помилками, інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями, необґрунтованою пролонгацією термінів консервативної терапії, несвоєчасною фізичною реабілітацією після оперативного втручання [1; 2]. Тому, важливу роль у відновній терапії пацієнта займає фізична реабілітація хворих.

Дослідники з'ясували, що комплексна фізична та медична реабілітація сприяє скороченню етапів лікування, профілактиці післяопераційних ускладнень, поліпшенню загального стану хворого [2]. Завдання лікувальної фізичної культури в ранньому післяопераційному періоді: профілактика ускладнень (гіпостатичної пневмонії, атонії шлунка і кишечника, утворення тромбозів, профілактика спайкового процесу, формування еластичного рубця тощо), поліпшення загального і місцевого кровообігу та лімфообігу, підвищення психоемоційного тону хворого і навчання навичкам самообслуговування. При відсутності протипоказань лікувальна гімнастика призначається з перших годин після операції. У заняття включаються дихальні вправи статистичного характеру з використанням прийомів відкашлювання і динамічних вправ для дистальних відділів кінцівок. Лікувальна гімнастика проводиться 3-4 рази в день по 5-7 хвилин індивідуальним методом. Рекомендуються і самостійні заняття [1].

Також обґрунтовано позитивний вплив масажу на хворого у післяопераційному періоді, завданнями якого є підвищення загального тону, поліпшення кровообігу, стимулювання регенеративних процесів і попередження низки післяопераційних ускладнень (особливо пневмоній, тромбофлебітів і емболії тощо). Рекомендовано вплив на паравертебральні зони спинномозкових сегментів [2, с. 141–228].

Для пізнього післяопераційного періоду характерним є те, що симпатoadrenalova активність нормалізується, інтенсивність білково-жирового катаболізму знижується, знижується больовий синдром, показники гемодинаміки стабілізуються, нормалізується робота травного тракту. Завданням лікувальної фізичної культури у пізньому післяопераційному періоді при гострій кишковій непрохідності є: відновлення життєво-важливих функцій, стимуляція процесів регенерації в області хірургічного втручання, зміцнення м'язів черевного преса, адаптація серцево-судинної системи й органів дихання до зростаючого фізичного навантаження.

**Висновки.** Таким чином, розглянувши причину та наслідки кишкової непрохідності у пацієнтів, ми дійшли до висновку, що швидкість і повноцінність відновлення здоров'я хворих залежить від компенсаторної перебудови всіх органів і систем, в якій важливе місце займає використання засобів та методів фізичної реабілітації, які у максимальному ступені сприяють відновленню функцій життєво-важливих систем організму, попереджають виникненню післяопераційних ускладнень, сприяють скорішому видужуванню та відновленню працездатності хворих.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Готовцев П.И., Суботин А.Д., Селиванов В.П. Лечебная физическая культура и массаж. М. : Медицина, 1987.
2. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах. За ред. Л.І.Фісенко. Київ. 2005. 402 с.

**Анастасія Димова,**

студентка 4 курсу

факультету фізичної культури, спорту та здоров'я людини

Наук. керівник: **В. М. Осіпов,**

к.н.фіз.вих.та спорту, доцент (БДПУ)

### ПЕРІОДИ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ МОЗКОВОМУ ІНСУЛЬТІ

**Актуальність проблеми.** На даному етапі розвитку реабілітаційної медицини в Україні пацієнти, які перенесли мозковий інсульт нарешті зможуть отримувати належну медичну реабілітацію, ключовим моментом якої є пацієнтоцентрований підхід та надання допомоги міждисциплінарною командою фахівців цієї галузі: лікар фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт (фахівець з фізичної реабілітації), ерготерапевт (фахівець із заняттєвої терапії), логотерапевт (терапевт мови та мовлення), клінічний психолог. Такий підхід до реабілітації дозволить значно знизити смертність та поліпшити функціонування і якість життя пацієнтів зі стійкими порушеннями рухової сфери та життєздатності, зокрема при мозковому інсульті.

**Ступінь досліджуваності проблеми.** Аналіз вітчизняної та зарубіжної практики показує, що практично в усіх країнах світу, медична спільнота вже давно зрозуміла, що просто лікувати хворобу недостатньо, необхідно повернути хвору або травмовану людину до нормального соціального життя. Саме такий підхід є основою біопсихосоціальної моделі медико-реабілітаційної допомоги, який базується на таких універсальних принципах: пацієнтоцентрований підхід, мультидисциплінарність, ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність, етапність і наступність.

**Мета та методи дослідження.** Мета роботи – розглянути періоди медичної реабілітації хворих, які перенесли мозковий інсульт.

**Сутність дослідження.** В Україні щорічно помирають від мозкового інсульту від 40 до 45 тис. осіб, це більше 87 випадків на 100 тис. населення. В Європі ж даний показник набагато нижчий – 37-47 на 100 тис. За статистикою, 30-40% хворих інсультом помирають протягом перших 30 днів і до 50% – протягом 1 року від початку захворювання, 20-40% – потребують постійного