

**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

догляду (12,5% первинної інвалідності), і тільки близько 10% повертаються до повноцінного життя [3]. Отже, відповідно до наведеної статистики, можна констатувати, що та реабілітаційна допомога, яка наразі діє в нашій державі є недостатньою.

Моковий інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу. Розрізняють ішемічні інсульти, які є наслідком церебрального атеросклерозу та закупорки судин тромбом та геморагічні, які супроводжуються крововиливами у головний мозок. Початок захворювання зазвичай гострий, та характеризується загальним тяжким станом, розладами свідомості, порушеннями серцевої діяльності, дихання, мови, парезами і паралічами верхніх і нижніх кінцівок [2].

Процес медичної реабілітації хворих з перенесеним мозковим інсультом розділяють на такі періоди: гострий, ранній відновлювальний, пізній відновлювальний та резидуальний [1].

Гострий період реабілітації становить приблизно перші 3-4 тижні. Реабілітація таких пацієнтів починається в неврологічному відділенні, особлива увага в цей період приділяється позиціонуванню хворих, тобто застосуванню спеціальних коригуючих укладок для тулуба і кінцівок для

для збереження нормального дихання, виділення, трофіки тканин; профілактики надмірної активації рефлексорних реакцій збоку рецепторів сухожилів м'язів, сполучної тканини, м'язових веретен, суглобових рецепторів.

У ранній відновний період, який в середньому становить перші 6 місяців, для відновлення рухових навичок реабілітація може проводитися в реабілітаційному відділенні лікарні, реабілітаційному центрі або санаторії (за умови значного самостійного відновлення функцій). На цьому етапі активно запроваджується масаж, фізіотерапія та лікувальна фізична культура з використанням різних гімнастичних предметів і технічних засобів реабілітації.

Пізній відновний період починається з 6 місяців і триває до 1 року, і проводиться на амбулаторно-поліклінічному етапі реабілітації. На цьому етапі активно запроваджуються малогрупові та групові заняття лікувальною фізичною культурою, ерготерапевтичні заходи, кінезотерапія, фізіотерапія та масаж. Основна мета реабілітації на цьому етапі – це максимально можливе відновлення основних рухових навичок пацієнта та самообслуговування.

Резидуальний період реабілітації при інсульті – це підтримуючий період, який спрямований на подальше відновлення рухових функцій та профілактику повторних загострень хвороби.

**Основні висновки.** Мозковий інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу, наслідком якого є стійке порушення рухової функції та тяжка інвалідизація хворих. Реабілітація при інсульті проводиться мультидисциплінарною командою фахівців і включає три періоди: гострий, ранній відновлювальний, пізній відновлювальний та резидуальний.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник / В.М. Мухін. – 3-ге вид., переробл. та доповн. – К.: Олімпійська література, 2009. – 488 с.
2. Сторінка Facebook: Стоп інсульт – доступ [https://www.facebook.com/pg/uabi.stopinsult/posts/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/uabi.stopinsult/posts/?ref=page_internal)
3. Захворюваність мозковим інсультом в Україні становить 280-290

випадків на 100 тис. населення: [https://dt.ua/UKRAINE/zahvoryuvanist-mozkovim-insultom-v-ukrayini-stanovit-280-290-vipadkiv-na-100-tis-naselennya-292336\\_.html](https://dt.ua/UKRAINE/zahvoryuvanist-mozkovim-insultom-v-ukrayini-stanovit-280-290-vipadkiv-na-100-tis-naselennya-292336_.html)

**Анна Дернова**

студентка 1 курсу

факультету фізичної культури, спорту та здоров'я людини

Наук. керівник: **С. І. Книш,**

к.пед.н., доцент (БДПУ)

### **АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ БЕРДЯНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО ПЕДАГОГІЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**Актуальність.** На сучасному етапі розвитку українського суспільства проблеми стану здоров'я підростаючого покоління є досить актуальними. Відомо, що навчання у вищому навчальному закладі потребує великих зусиль, напруженої розумової праці. Навчання та побут студентів проходять в умовах обмеженої рухової активності, великого навчального навантаження, стресових ситуацій, незадовільних санітарногігієнічних умов проживання, неповноцінного харчування тощо. Це обумовлює швидку втому організму, зниження працездатності, погіршення стану здоров'я і виникнення нових хвороб [1].

**Ступінь досліджуваності.** Ряд вчених (В. А. Грибков, А. І. Бурханов; М. О. Третьяков; Є. А. Хлистов; А. І. Драчук; Г. П. Грибан, Ф. П. Опанасюк, В. С. Кушнірука, К. П. Козлової) вказують на зниження рівня фізичної підготовленості та погіршення стану здоров'я студентів. Вивчення динаміки фізичного розвитку, фізичної підготовленості і стану здоров'я студентів за весь період навчання у вузі показує, що темпи приросту показників фізичної підготовленості у них після другого курсу сповільнюються, а на четвертому і п'ятому навіть помітно знижені. Дана проблема потребує більш детального вивчення, тому виникає необхідність продовжити дослідження, беручи до уваги вікові, індивідуальні особливості та умови проживання студентської молоді [2].

**Метою** дослідження було вивчення стану здоров'я студентів БДПУ, порівняння захворюваності студентів I та IV курсів, які відрізняються організацією навчальної роботи з фізичного виховання і системою харчування студентів.

**Сутність дослідження.** Вивчення стану здоров'я студентів проводилось в Бердянському державному педагогічному університеті за даними анкетування. В дослідженнях брало участь відповідно 15 і 19 студентів 1 та 4 курсів, віком від 17 до 22 років.

Отримані результати дозволяють зробити ряд висновків щодо уявлень студентів про здоровий спосіб життя. Аналіз відкритих питань анкети дозволив встановити, що уявлення про здоровий спосіб життя у студентів 1 – 4 курсу зводяться до занять спортом, гігієни, відсутності шкідливих звичок, правильного харчування та доброго самопочуття. Певна частин студентів (20 %) не розуміють поняття “здоровий спосіб життя” взагалі і плутають його значення з категорією “здоров'я”.