



поранень має у повному обсязі задовольняти потребу у русі, створювати базис для розвитку та удосконалення фізичних якостей на постгоспітальному етапі лікування.

Висновки та перспектива подальших досліджень. У рамках оволодіння магістерською програмою освіти буде розроблено та впроваджено програму фізичної терапії для військовослужбовців на санаторно-курортному етапі лікування.

Список використаної літератури:

1. Бачинська Н.В., Забіяко Ю.О. Актуальні питання а перспективні напрямки реабілітації осіб з бойовими пораненнями. *Молодий вчений*, 2018. № 3 (55). С. 56-59.
2. Хасан Дандаш, Пікопай Д., Литовченко В. та ін. Використання програми фізичної реабілітації постраждалих з наслідками мінно-вибухової травми нижніх кінцівок на поліклінічному етапі. *Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"*. 2018. № 2 (21). С.19-24.
3. Гайда І.М., Бадюк М.І., Сушко Ю.І.. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. *Патологія*. 2018. № 15. С. 73-76.
4. Калмиков С., Калмикова Ю. Актуальні питання фізичної терапії при вогнепальних ушкодженнях діяфізу плеча. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2018. № 1. С. 24-30.
5. Касинець С.С., Голованова І.А., Паламарчук Д.В. та ін. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій в Полтавській області. *Літопис травматології та ортопедії*. 2018 р. № 1-2. С. 49-52.
6. Остроушко О. Особливості фізичної реабілітації при вогнепальних пораненнях плечового суглоба. *Теорія та методика фізичного виховання і спорту*. 2017. №2. С. 59-62.
7. Трутяк І., Гайда І., Богдан І. та ін. Особливості сучасної бойової хірургічної травми. *Праці ТНШ. Медичні науки*. 2015. № 41. С. 109-116.
8. Хасан Дандаш. Поліклінічний етап реабілітації постраждалих із наслідками мінно-вибухової травми нижніх кінцівок. *Спортивна наука України*. 2018. № 2 (84). С.22-28.
9. Юстін О.Й., Козік Н.М., Стратійчук Н.А.. Відновлення посттравматичних станів ушкоджених кінцівок засобами гідрокінезотерапії та бальнеотерапії. *Молодий вчений*, 2018. № 3 (55). С. 187-191.

**Міхеєнко О. І.,
Артеменко Г. В.**

**Mikheienko O. I.,
Artemenko H. V.**

ЗАСТОСУВАННЯ БОБАТ-ТЕРАПІЇ З ХВОРИМИ НА ГЕМІПАРЕТИЧНУ ФОРМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

У статті проаналізовано ефективність методики Бобат-терапії в комплексній реабілітації дітей хворих на геміпаретичну форму дитячим церебральним паралічем.

Ключові слова: геміпаретична форма дитячого церебрального параліча (ДЦП), Бобат-терапія, дитина, вправи, фітбол-гімнастика, фізична реабілітація.



APPLICATION OF BOB-THERAPY WITH PATIENTS WITH THE GEMIPARETHICAL FORM OF CEREBRAL PALSI

The article analyzes the effectiveness of the method of Bobat therapy in the complex rehabilitation of children with hemiparetic form of children with cerebral palsy.

Key words: *hemiparetic form of cerebral palsy (cerebral palsy), Bobath therapy, child, exercises, fitball-gymnastics, physical rehabilitation.*

Постановка проблеми. Останнім часом збільшується кількість дітей з наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП), які викликають порушення опорно-рухового апарату. У підлітків з наслідками ДЦП страждає не тільки центральна нервова система й нервово-м'язовий апарат кінцівок, що призводить до різних за важкістю контрактур, деформацій кінцівок, інвалідності дитини, ускладнюючи її адаптацію до умов зовнішнього середовища, соціуму, негативно впливає на емоційну сферу та інтелект [8].

Ця форма характеризується одностороннім пошкодженням однойменних (лівих чи правих) кінцівок (руки і ноги). Рука зазвичай уражається більше, ніж нога. Має місце ураження переважно однієї півкулі, його кіркових відділів і найближчих підкіркових ядер. Порушення кіркових функцій однієї з півкуль виявляється у вигляді геміпарезу. Правобічний геміпарез спостерігається значно частіше, ніж лівобічний [7].

Бобат-терапія (нейродинамічна реабілітація) – це нейророзвиваюча практика, метою якої є корекція рухових стереотипів, недостатніх рухів. Основна сфера застосування - відновлення правильних рухів при захворюванні геміпаретичної форми ДЦП.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний внесок у розвиток Бобат-терапії належать її розробникам - Берті і Карлу Бобат - лікарям з Лондона.

У 40-х роках ХХ ст. вони запропонували кардинально новий, як на той час, підхід до процесу лікування захворювань, пов'язаних із спастичним ураженням мускулатури. У 50-х роках ця терапія стала популярною в усій Європі [1].

Починаючи з 2000 р. у світі почались рандомізовані клінічні випробування ефективності Концепції Бобат.

Головна ідея методу - психіка і тіло повинні взаємодіяти, як наслідок - лікувати слід не окрему частину тіла, а увесь організм в цілому. Мета методики - виробити керовані, раціональні і усвідомлені рухи, в той самий час понизити м'язові спазми і напруження. На сьогодні центри, які працюють за методикою подружжя Бобат, існують по всьому світу. Цей спосіб лікування за багато років практики виявився найбільш ефективним для відновлення дітей з ДЦП і наслідками багатьох хвороб, тому його визнає офіційна медицина.

Мета дослідження: Ознайомитися з Бобат-терапією та визначити її ефективність на заняттях з хворими на геміпаретичну форму ДЦП.

Ознайомитися з Бобат-терапією та перспективами її застосування на заняттях з хворими на геміпаретичну форму ДЦП.

Об'єкт дослідження: корекційно-реабілітаційна робота з дітьми хворих на геміпаретичну форму дитячим церебральним паралічем.

Предмет дослідження: застосування Бобат-терапії в реабілітації дітей хворих на геміпаретичну форму дитячим церебральним паралічем.

Виклад основного матеріалу дослідження. За концепцією Бобатів фізична реабілітація дитини з ДЦП повинна відповідати послідовності, нормального розвитку



дитини: спочатку тримання голови, потім перевертання, сидіння, далі рачкування, стояння, ходьба, біг, стрибки тощо. Відповідно до цієї концепції фізичний реабілітолог визначає рівень, на якому знаходиться дитина і скеровує зусилля для досягнення наступного рівня (наприклад, дитина вміє рачкувати — тренувати м'язи спини, рівновагу та вчити сидіти). Нейро-розвивальний підхід Бобатів був спрямований на сенсомоторні компоненти м'язового тону, рефлексів, патологічних рухових моделей, органів почуттів, сприйняття і пам'яті, - тобто на ті компоненти, що найбільш ймовірно порушуються при ураженні центральної нервової системи [6].

Принципами Бобат-терапії є: 1. Лікування має бути безболісним; 2. Дитину не можна підганяти, її треба дати деякий час щоб адаптуватися; 3. Важливо дотримуватися послідовності етапів нормального рухового розвитку пацієнта; процес реабілітації має бути різноманітним і комплексним; 4. Рухи треба виконувати якісно і правильно; 5. Важливо застосовувати спеціальні пози, що пригнічують розвиток патологічних рефлексів; 6. Пацієнт настільки повинен довіряти реабілітологу (лікаря), щоб під час занять був здатен повністю розслабляти свої м'язи; 7. Працювати колективно: займатися з дитиною повинні сім'я, вихователі і різні фахівці (логопеди, ортопеди, психологи, педагоги) щоб задіяти усі напрями розвитку ЦНС; 8. Треба реально оцінювати можливості дитини та інформувати про це батьків; 9. Регулярно проводити повторні огляди пацієнта з метою корекції системи лікування; хворого важливо адаптувати до життя в соціумі [4].

Головними аспектами реабілітації при геміпаретичної форми ДЦП є вертикалізація і баланс. Для підтримки вертикального положення тулуба потрібний постуральний контроль. При ДЦП рухові порушення заважають оптимальному розвитку рухів - патологічні патерни впливають на усі сфери діяльності : сенсомоторний, когнітивний, емоційний і соціальний розвиток.

Важливо визначити, що заважає дитині виконати ту або іншу дію, як вона опановує навички ті, які відповідають її віку. У фізичній реабілітації за методикою Бобат-терапії необхідно вибрати ключові точки для навчання функціональному руху. При цьому можна використати механічну фіксацію різних ланок тіла (шини, стояки, ходунки, крісла, коляски), але ці пристосування не повинні обмежувати рухів дитини.

При роботі з верхніми і нижніми кінцівками важлива фіксація проксимальних відділів - чим краще стабілізація проксимальних ланок, тим легше робота і більше об'єм рухів в дистальних ланках кінцівок. Темп виконання вправ індивідуальний і залежить від віку дитини, порушень психіки, ступеня тяжкості рухових порушень та ін.

Тактика навчання дитини з геміпаретичної форми ДЦП різним руховим умінням полягає у наступному: у вихідному положенні лежачи на спині за рахунок дії симетричного шийного тонічного рефлексу (СШТР) розгинання шиї, рук і згинання ніг в тазостегнових і колінних суглобах. Для редукування СШТР можна використати валик або клиновидну підставку під голову; у початковому положенні лежачи на животі за рахунок дії патологічних тонічних рефлексів голова опущена вниз, руки зігнуті в усіх суглобах і приведені. Для редукування СШТР і ЛТР важливо підвести голову, висунути руки вперед після їх попереднього струшування і похитування, поклавши під груди клиновидну підставку, валик або м'яч (футбол); для стимуляції поворотів зі спини на живіт і з живота на спину тренувати послідовну ротацію по сегментах спочатку ніг, потім таза і тулуби; для вироблення статичної навички сидіння потрібно тренувати стабілізацію тазу і силову витривалість м'язів черевного пресу і розгиначів спини. При сидінні використовується валик між стегон з метою розслаблення м'язів, що приводять, і розведення стегон. Така посадка звільнить верхню частину тулуба і руки для функціонування; перехід з положення сидіти на



стілці в положення стоячи важливий для розвитку здатності переносити вагу тіла і координації рухів верхніх і нижніх кінцівок; для стійкості стояння і підготовки до ходьби спочатку використовується стілець, стіл, потім стояки, стендери. За допомогою цих пристосувань розвиваються білатеральні навички, інтегровано використовується права і ліва половина тіла. При цьому важливо стежити за правильним положенням голови, тулуба і кінцівок; ходьба - складний руховий акт, на яку витрачається енергії в 1,5-2 рази більше, ніж на сидіння, а при ДЦП - в 20 разів більше. При ходьбі у дитини з ДЦП порушений баланс між м'язами-агоністами і антагоністами - зігнуті тазостегновий і колінний суглоби, стегна приведені і ротації всередину, стопи в еквінусном положенні. За допомогою спеціальних пристосувань (наприклад, паралельних брусів) слід домагатися правильної біомеханіки ходьби з корекцією неправильних установок тулуба і суглобів нижніх кінцівок [2].

При організації Бобат-терапії рухова активність має відбуватися за наступних умов: постуральний тонус має бути досить високим, щоб протистояти силі тяжіння маси тіла, по досить низьких, щоб здійснити рух; взаємодія м'язів повинна здійснюватися на реципрокной основі: проксимальна фіксація для дистальній лабільності, контроль м'язів-агоністів і антагоністів для синхронізації, ранжирування і напрямку руху; дотримуватися автоматичних схем рухів, які формують фон основних рухів, забезпечуючи їх постуральну корекцію [5; 3].

Важливий комплексний підхід, з участю не лише фізіотерапевта і дитини, але і із залученням батьків, які з часом замінюють лікаря-інструктора. При цьому лікування в першу чергу орієнтується на адаптацію малюка до звичайного життя.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Згідно методики Бобат, моторні проблеми при церебральних паралічах виникають внаслідок ураження центральної нервової системи. При цьому порушується розвиток постуральних антигравітаційних механізмів, сповільнюється і спотворюється нормальний моторний розвиток дитини.

Метою відновного лікування цих дітей є стимуляція нормального моторного розвитку і профілактика виникнення контрактур і деформацій.

Завдяки системному підходу, з раціональним використанням часу знаходження в центрі, досягаються максимально можливі результати. Усі рухові навички, напрацьовані в процесі терапії, мають безповоротний характер і вбудовуються безпосередньо в особу пацієнта. Безпека методики: виключені ризики травматизму або інфікування. Відсутність будь-якого медикаментозного навантаження на організм. Відсутність, будь-яких побічних ефектів. Додатковою перевагою можна вважати ігрову форму, проведення терапії: дитина охоче бере в ній участь, не сприймаючи як лікування. Безперечні плюси організації цього виду реабілітації в умовах стаціонара – індивідуальний підхід, можливість займатися щодня, збільшуючи навантаження до 2-3х разів на день. Постійний контроль і спостереження фахівців за динамікою, моніторинг результатів відновлення організму дитини.

Список використаної літератури:

1. Бобат Б., Моторное развитие при детском церебральном параличе / Б. Бобат, К. Бобат. Издательство «Георг-Тиме-Ферлаг», Штутгарт, Нью-Йорк. Перевод на немецкий язык. Эрики Штэле-Хирземанн, 2005.. 13-14 с.

2. Ефименко Н.Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н.Н. Ефименко, Б. В. Сермеев.– М. : Советский спорт, 1991. – 54 с.



3. Каштанова Г.В. Лечебная физкультура и массаж / Г.В. Каштанова, Е.Г.Мамаева, О.В.Сливина, Т.А.Чумакова / Методики оздоровления детей дошкольного и младшего школьного возраста. Практическое пособие. - М.: «АРКТИ», 2006. - с. 287.
4. Кожевникова В.Т. Современные технологии в комплексной физической реабилитации больных детским церебральным параличом / Кожевникова В. Т. – М., 2005. – 207 с.
5. Потапчук А.А.- Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) / А.А. Потапчук Методическое пособие /Под ред.— СПб., СПб ГАФК им.П.Ф.Лесгафта, 2003. — 228 с.
6. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К.А. Семенова. Москва, издательство «Медицина», 1976.- с. 42-49.
7. Шамарин Т.Г., Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей / Т.Г. Шамарин Г.И. Белова.—Элиста: АПП «Джангар», 1999,168 с.
8. Щипицына Л.М., - Детский церебральный паралич / Л.М. Щипицына И.И. Мамайчук. Санкт-Петербург Издательство "Дидактика Плюс" Москва Институт общегуманитарных исследований, 2001. 5 с.

**Міхєєнко О. І.
Євтушенко Т. В.**

**Mikheienko O. I.
Evtushenko T.V.**

ОСОБЛИВОСТІ ОЗДОРОВЧОГО ВПЛИВУ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ РІЗНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ

У статті розглянуто використання рухової активності як важливої складової здорового способу життя. Розкрито специфічні особливості впливу на організм людини фізичних вправ, спрямованих на розвиток загальної витривалості, сили, гнучкості, швидкості, координації. Подано методичні рекомендації щодо співвідношення різних вправ та їх раціонального поєднання під час побудови оздоровчого фізичного тренування.

Ключові слова: фізичні вправи, розвиток фізичних якостей, рухова активність, вплив на здоров'я людини.

FEATURES OF THE IMPACT OF PHYSICAL EXERCISES OF DIFFERENT DIRECTIONS

The article considers the use of motor activity as an important component of a healthy lifestyle. The specific features of the influence on the human body of physical exercises aimed at the development of general endurance, strength, flexibility, speed, coordination are revealed. Methodical recommendations for the correlation of different exercises and their rational combination during the construction of health-improving physical training are given.

Key words: physical exercises, development of physical qualities, motor activity, influence on human health.

Постановка проблеми. Відомо, що одним із найважливіших чинників здоров'я є рухова активність людини. Як один з головних зовнішніх виявів природної