

та у 25% – низькі. Були надані рекомендації по покращенню результату: треба приділити увагу кардіо- та інтервальним навантаженням, поступово збільшуючи їх тривалість та навантаження.

Отже, ми можемо зробити висновок, що фізичне навантаження – це невід’ємна частина всебічного, комплексного розвитку підліткового організму. Заняття спортом не тільки тренують, допомагають бути підтягнутими, а сприяють зниженню захворюваності серед підлітків, а також сприяють позитивному сприйняттю світу, підвищують опір до стресів. У результаті дослідження було встановлено, що підлітки мають дуже низькі показники тесту згинання та розгинання рук в упорі лежачи, що може свідчити про недостатній розвиток сили грудних м’язів, м’язів плечового поясу та трицепсу, результати тесту на аеробну витривалість для більшості хлопців та дівчат мали середні та високі значення, що може свідчити про достатні функціональні резерви серцево-судинної, дихальної та кровоносної системи. Заняття спортом – дуже важливий аспект життя людини, особливо підлітків, адже вони сприяють загальному укріпленню організму, підвищенню його опірності до несприятливих факторів. Саме у дитячому та підлітковому віці закладається той фундамент, який у подальшому визначає розвиток та стан людини у дорослому житті. Недарма кажуть, що треба берегти здоров’я змолоду, адже, як відомо в усьому світі, що краще попередити розвиток захворювання, аніж лікувати його.

Список використаних джерел:

1. Физическая культура (часть 1): учебное пособие для студентов вузов / С.Ю. Иванова, Е.В. Сантеева, Ю.В. Гребенникова и др.; Кемеровский технологический институт пищевой промышленности (университет). – Кемерово, 2016. – 154 с.
2. Аэробика: учебно-методическое пособие для студентов очной формы обучения/ И.В. Черкасова. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 98 с.
3. Методическое пособие по валеологическим аспектам диагностики здоровья / Гончаренко М.С., Голоднюк Н.В., Иванова А.М., Макеев М.В. – Харьков, 2000. – 195 с.

Кавецький А.В.

студент,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

ЕРГОТЕРАПІЯ І МОЗОЧКОВА АТАКСІЯ

Реабілітація пацієнтів із синдромом атаксії є складним завданням для ерготерапевтів через важкі порушення у виконанні повсякденної життєвої активності, а також обмежену кількість варіантів лікування, що описані у реабілітаційній літературі.

Різні автори виступали за використання адаптивного обладнання для повсякденної побутової діяльності [1-4], обтяження дистального відділу кінцівок [5] і застосування сенсомоторних методів (пропріоцептивна нейром’язева фасилітація) [6]. Крім цих методів, описуються використання методів релаксації

та біологічного зворотнього зв'язку [7], та використання вагових коефіцієнтів в поєднанні з еластичними пов'язками [8]. Також засновані традиційні моделі моторного контролю що базуються на рефлекторних або ієрархічних структурах не підтримуються у літературі як такі що мають помітний вплив на функціональний стан [9], сучасний орієнтований на виконання цілей підхід [9] був вибраний як теоретична база для розробки програми ерготерапії для керування оцінками та реабілітації. Методи ерготерапії, що описані у даній роботі базуються на поточному огляді літератури, зосереджуючись на дефіциті моторних функцій, який є лімітуючим фактором при самостійному виконанні повсякденної побутової активності пацієнта.

Все вище викладене обумовлює актуальність, теоретичну та практичну значущість магістерської дипломної роботи.

Об'єкт дослідження – процес ерготерапії пацієнтів із атаксією мозочкового генезу.

Предмет дослідження – структура і зміст комплексної програми ерготерапії пацієнтів із атаксією мозочкового генезу.

Мета дослідження – вдосконалити програму ерготерапії для хворих із атаксією мозочкового генезу.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати та узагальнити сучасні науково-методичні знання і результати практичного вітчизняного та закордонного досвіду з питання застосування засобів ерготерапії при мозочковій атаксії.

2. На основі даних літератури розробити та науково обґрунтувати комплексну програму ерготерапії для пацієнтів із мозочковою атаксією.

3. Оцінити ефективність впливу запропонованих засобів та методів ерготерапії.

Теоретична значущість: обґрунтовано і розроблено комплексну програму ерготерапії для пацієнтів із мозочковою атаксією.

Практична значущість роботи полягає в розробці та апробації комплексної програми ерготерапії для пацієнтів із мозочковою атаксією, що може бути рекомендована до впровадження у роботу відділень реабілітації, реабілітаційних клінік та центрів.

Основні принципи фізичної терапії та ерготерапії при мозочковій атаксії.

Метою фізичного терапевта та ерготерапевта при реабілітації пацієнта із атаксією, що виникає внаслідок дефектів неврологічних структур, полягає у підвищенні функціонального рівня пацієнта шляхом відновлювальної техніки. Якщо цього досягнути неможливо, ерготерапевт використовує компенсаційні стратегії, для того щоб зробити пацієнта максимально незалежним на сучасному функціональному рівні. Завдання відновного фізичного лікування можна коротко описати як:

- Поліпшення балансових і постуральних реакцій проти зовнішніх подразників та гравітаційних змін.
- Поліпшення і посилення постуральної стабілізації у суглобах.
- Покращення функцій верхніх кінцівок

- Завдяки тренуванню незалежної та функціональної ходьби, покращити якість життя пацієнтів, підвищивши незалежність пацієнта під час виконання повсякденної побутової активності.

Основні принципи фізичної терапії та ерготерапії при мозочковій атаксії.

Принцип перший. Упродовж всієї програми вправи слід спочатку практикувати свідомо, і на пізніх етапах проводити автоматичні тренування.

Принцип другий. Вправи повинні проводитися від простих до більш складних.

Принцип третій. Діяльність слід практикувати спочатку з відкритими очима, а потім із закритими очима.

Принцип четвертий. Після досягнення проксимального тону та стабілізації, необхідно враховувати скоординований рух дистальних сегментів.

Принцип п'ятий. При необхідності слід застосовувати компенсаторні методи та допоміжні засоби та обладнання.

Принцип шостий. Фізична терапія повинна підтримуватися відповідною програмою домашньої реабілітації та спортивними заняттями.

Вплив ерготерапії на пацієнта є непередбачуваним та залежатиме від типів діяльності, яких потребує людини, і у яких хоче брати участь. Важливо обрати індивідуальний підхід. Оскільки більша частина атаксичних синдромів є прогресуючими, дуже важливим є планування майбутніх потреб пацієнта.

Проведені дослідження дозволили систематизувати знання та виокремити підходи до проведення ерготерапевтичного втручання пацієнтів із мозочковою атаксією.

Список використаних джерел:

1. Broadhurst, M. J., & Stammers, C. W. (1990). Mechanical feeding aids for patients with ataxia: Design considerations. *Journal of Biomedical Engineering*, 12, 209–214.
2. Schneitzer, L. (1978). Rehabilitation of patients with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59, 579–590.
3. Wyckoff, E. (1993). Letter to the Editor – The spoon plate is another option for self-feeding. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 851.
4. Yuen, H. K. (1993). Self-feeding system for an adult with head injury and severe ataxia. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 444–451.
5. Morgan, M. H. (1975). Ataxia and weights. *Physiotherapy*, 61, 332–335.
6. Urbscheit, N. L., & Oremland, B. S. (1995). Cerebellar dysfunction. In D. A. Umphred (Ed.), *Neurological rehabilitation* (3rd ed.) St. Louis, MO: Mosby.
7. Guercio, J., Chittum, R., & McMorro, M. (1997). Self-management in the treatment of ataxia: A case study in reducing ataxic tremor through relaxation and biofeedback. *Brain Injury*, 11, 353–362.
8. Okajima, Y., Chino, N., Noda, Y., & Takahashi, H. (1990). Accelerometric evaluation of ataxic gait: Therapeutic uses of weighting and elastic bandage. *International Disability Studies*, 12, 165–168.
9. Horak, F. B. (1991). Assumptions underlying motor control for neurologic rehabilitation. In M. Lister (Ed.), *Contemporary management of motor control problems: Proceedings of the II STEP conference* (pp. 11–28). Alexandria, VA: American Physical Therapy Association.