домогтися поліпшення психологічної, побутової та соціальної адаптації пацієнтів, підвищити повсякденну активність.

Список використаних джерел:

1. Барулин А.Е., Курушина О.В., Черноволенко Е.П. Болезнь Паркинсона: немедикаментозные методы лечения. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. № 2. С. 28-33.

2. Козьолкін О.А., Ревенько А.В., Мєдвєдкова С.О. Хвороба Паркінсона: сучасні аспекти діагностики і лікування: навчальний посібник для студентів IV курсу медичного факультету вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації 2-ге видання. Запоріжжя, 2017. 158 с.

3. Корнюхина Е.Ю. Журнал физиотерапия, бальнеология и реабилитация. Методы медицинской реабилитации болезни Паркинсона. Москва, 2013. С. 21-24.

4. Костенко Е.В., Маневич Т.М., Петрова Л.В. Реферативный журнал. Комплексная реабилитация пациентов с болезнью Паркинсона. Филиал № 6 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины. С. 63-78.

Лидзар Я.Ю.
студент,
Науковий керівник: **Бріжата І.А.**
кандидат педагогічних наук, доцент,
Сумський державний університет

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ГРИЖІ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

За останні роки вертеброгенна патологія посіла одне з перших місць за показниками непрацездатності. Дегенеративними захворюваннями хребта страждає 75–85% дорослого населення України. За даними різних авторів від 50 до 80% населення соціально активного віку (30–60 років) періодично лікуються від болю в попереку, які у 80% випадків пов’язані з патологією міжхребцевих дисків. Кила диску – це патологічний стан, при якому фрагменти пульпозного ядра виділяються через тріщину у фіброзному кільці, викликаючи його розрив або випинання за фізіологічні межі, випадають у хребтовий канал, або протинаючи

замикаючу гіалінову пластинку, проникають у тіло хребця. Причини її виникнення: різноманітні вроджені дефекти хребта; зниження рухової активності хребта; хронічні або одноразові, але надмірні перевантаження хребта; травми внаслідок перевантажень, ударів, падінь; переохолодження; інфекції, а також стреси, що послабляють захисні сили організму; гормональні порушення і генетичні дефекти. На даний час розробка проблеми реабілітації цієї групи хворих належить до пріоритетних напрямків наукових досліджень [1]. Тому обрана нами тема досліджень є актуальною.

Фізична терапія хворих на грижі міжхребцевих дисків повинна бути комплексною та включати різні форми та методи реабілітації, а саме: зниження навантаження на попереково-крижовий рівень хребта, активну та пасивну лікувальну гімнастику, масаж, фізіотерапію, тейпування, голкорефлексотерапія, гідрокінезіотерапію, ортезування, витягування хребта та лікарська медикаментозна терапія.

Основна мета фізичної терапії в реабілітації пацієнтів хворих на грижі міжхребцевих дисків попереково-крижового рівня хребта:

– Звільнення здавлених нервових корінців;
– Покращення кровообігу, запобігання утворенню м’язових атрофій та покращити м’язовий тонус;
– Зменшення спазмів м’язів;
– Іммобілізація хребетного стовпа;
– Створення природного м’язового корсета;
– Створити навички правильної постави при всіх видах побутової й професійної діяльності;

Розглядаючи більш детально схеми застосування ЛФК при вертеброневрологічних захворюваннях, слід зазначити, що фізичні вправи при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта застосовуються з урахуванням періоду захворювання. У гострому періоді (3-5 діб) хворим рекомендують дотримуватися анталгічних поз – спокій і розвантаження ураженого відділу хребта в цьому періоді стимулюють саногенетичні процеси в зоні ХРС, що може стати запорукою тривалої ремісії [2]. В наших дослідженнях ми використовували ці рекомендації.

Масаж проводиться в положенні хворого лежачи на животі. Під гомілки підкладається валик, для того щоб їх підняти, що сприяє розслабленню литкових м’язів та попереку. Руки лежать вниз уздовж тіла. Голова повинна лежати опущеною вниз опираючись чолом [3].

Масаж необхідно проводити в хронічному стані та під гострому, виключенням є гострий стан (за рекомендацією лікаря проводять легкий масаж, який включає в себе прийоми погладжування та вижимання).

Витягування хребта застосовують для декомпресії нервових корінців і зменшення набряку в зоні ураження. У реабілітаційній практиці найчастіше використовують витягнення на похилій площині за рахунок власної ваги тіла, але розтягнення попереково-крижового відділу хребта проводять також на спеціальному столі.

Для зменшення болю застосовують лікарські препарати які знижують спазми м'язів і пригнічують біль, а також покращують мікроциркуляцію, знижують набухання і набряк тканин, а також нервових корінців. З цією метою використовується комплекс фізіотерапевтичних методів. Серед них на першому місці знаходяться різні види впливу електричним струмом і ультразвуком. Крім прямого впливу на кровотворення і обмін речовин ці методи дозволяють ввести необхідну лікарську речовину поблизу від змінених міжхребцевих дисків, і, не насичуючи їм весь організм, створити «депо» з якого воно тривало надає потрібну дію. При лікуванні радикуляторних болів широко застосовується постійне і низькочастотне змінне магнітне поле малої інтенсивності, застосування змінного магнітного поля малої інтенсивності надає сприятливу дію на нейроендокринну систему [4].

Відмінним засобом в реабілітації хворих на грижі міжхребцевих дисків є гідрокінезотерапія, яку ми використовували в комплексній реабілітації. Вправи в воді допомагають зняти больові відчуття в зоні ураження, покращують психоемоційний стан хворого, допомагають зняти навантаження на хребет та м'язи, масажують м'язи та допомагають розслабити весь організм.

Із описаного вище можна зробити такі висновки. Фізична реабілітація з використанням її більш сучасних засобів є основою для проведення медичної реабілітації хворих на міжхребцеві грижі попереково-крижового відділу хребта. Для успішної реалізації концепції нами була розроблена і запропонована програма реабілітації, яка передбачає застосування сучасних методів і форм фізичної реабілітації. Основним завданням є зменшення клінічних проявів захворювання, покращення стану здоров'я та якості життя. В основі програми – комплексний лікувальний, реабілітаційний і педагогічний підходи, а також індивідуальна спрямованість, з основною метою – запобігти розповсюдженню дегенеративно-дистрофічних процесів.

Список використаних джерел:

1. Омельяненко А. И., Пономаренко О. П. Особенности восстановления локомоторной функции пояснично-крестцового отдела позвоночника с помощью методов физической реабилитации / А. И. Омельяненко, О. П. Пономаренко // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2009. – № 2. – С. 1-4.
2. Кальонова І. В. Лікувальна фізична культура і масаж у реабілітації хворих з вертеброгенними радикулопатіями / І. В. Кальонова, А. О. Кузнєцов // Вісник Запорізького національного університету. Фізичне виховання та спорт. – 2015. – № 1. – С. 109-116.
3. Дубровский В.И. Все виды массажа. – М.: Молодая гвардия, 1992. – С. 211.
4. Гревелис А., Брайер К. Боль в спине. Санкт-Петербург: СПБ Питер, 1997. – 192 с.

Лігай Д.Д.
старший викладач,
Національна академія внутрішніх справ

ВПЛИВ БОКСУ НА МОТИВАЦІЙНУ ДИНАМІКУ ЗАГАЛЬНОПІДГОТОВЛЕНОСТІ КУРСАНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Актуальність проблеми фізичного виховання в умовах закладу вищої освіти не фізкультурного профілю визначається потребами сучасного суспільства у фізичному і духовному вдосконаленні, необхідністю залучення молоді до різних видів фізичного виховання.

Програма спеціального-фізичного виховання в ЗВО передбачає форми організації занять, які можуть певною мірою компенсувати дефіцит рухової активності курсантів, що виникає в умовах насиченого загальноосвітнього процесу [5]. В оптимізації цієї ситуації істотну роль відіграє підвищення мотивації до використання засобів фізичної культури в повсякденному житті, у тому числі до занять з фізичного виховання, як академічних, так і самостійних, а також вибір адекватних засобів компенсації дефіциту повсякденної рухової активності.

Проаналізувавши дані досліджень (Г. Коник, О. Малімон, О. Марченко, І. Хіміч, І. Юрченко) можна зробити висновок, що підхід