

Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки
Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Роман Труш
Вікторія Кирилюк

СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
Методичні рекомендації



Луцьк, 2025

УДК 615.851

Рекомендовано до друку науково-методичною
радою Волинського національного університету
імені Лесі Українки
(Протокол №6 від 20 лютого 2025 р.)

Рецензент:

Якобсон Олена Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної патології та хірургічних хвороб Волинського національного університету імені Лесі Українки

Труш Р.В., Кирилюк В.В. Сучасні методики фізичної терапії: методичні рекомендації. Луцьк, 2025. 40 с.

У методичних рекомендаціях розглянуто сучасні методики фізичної терапії, що застосовуються для збільшення амплітуди рухів в уражених кінцівках пацієнтів; зміцнення м'язів, їх витривалості, покращання координації рухів; відновлення рухових навичок побутового і, за можливості, професійного характеру; навчання самообслуговування і досягнення максимальної незалежності від сторонньої допомоги.

Рекомендовано здобувачам освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 Охорона здоров'я, спеціальності 227 Терапія та реабілітація освітньо-професійної програми Фізична терапія, ерготерапія, які вивчають освітній компонент «Сучасні методики фізичної терапії».

УДК 615.851

© Труш Р.В., 2025.

© Волинський національний
університет імені Лесі Українки, 2025

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Лабораторне заняття №1-2.....	5
Лабораторне заняття №3-4.....	7
Лабораторне заняття №5.....	11
Лабораторне заняття №6.....	14
Лабораторне заняття №7.....	16
Лабораторне заняття №8.....	18
Лабораторне заняття №9.....	20
Лабораторне заняття №10.....	23
Лабораторне заняття №11.....	32
Лабораторне заняття №12.....	33
Список використаної літератури.....	38

ВСТУП

Термін Фізична терапія, також **фізична реабілітація** (англ. *Physical therapy*) — це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих. Фізичний терапевт розробляє вплив на пацієнта до кожного конкретного випадку. У фізичних терпєвнів немає жодного робочого дня схожого на інший, бо всі наші втручання унікальні, як і кожна людина.

Моторика (лат. motus - рух) - рухова активність організму або окремих органів. Під моторикою розуміють послідовність рухів, які у своїй сукупності потрібні для виконання будь-якої певної задачі. Вона поділяється на велику й дрібну моторику, а також моторику певних органів.

Велика моторика є основою, на яку згодом накладаються більш складні й тонкі рухи дрібної моторики.

Навички великої моторики включають в себе виконання таких дій, як: перевертання, нахили, ходьба, повзання, біг, стрибки тощо.

Дрібна моторика руки – це набір дрібних і точних рухів пальців і кисті руки. Дрібна моторика полягає у здатності маніпулювати дрібними предметами, передавати об'єкти з руки в руку, а також виконувати завдання, що потребують скоординованої роботи очей і рук.

Фізичну терапію використовують як:

- загальнотонізуючу і відновну для підняття психоемоційного тону пацієнта;
- збільшення амплітуди рухів в уражених кінцівках;
- зміцнення м'язів, їх витривалості, покращання координації рухів;
- відновлення рухових навичок побутового і, при можливості, професійного характеру

Лабораторне заняття №1-2

Тема: Технологія використання лікувальних рефлекторно-навантажувальних пристроїв

Мета заняття: навчити використовувати різні технології лікувальних рефлекторно-навантажувальних пристроїв у відповідності до потреб пацієнта.

Завдання: Вивчити теоретичний матеріал стосовно теми лабораторного заняття №1 «Технологія використання лікувальних рефлекторно-навантажувальних пристроїв». Вміти відповідати на питання.

1. Підготувати самостійно детальний опис однієї з технологій.
2. Вміти провести заняття за даною технологією з одним умовним пацієнтом (лаб. заняття №1)/групою умовних пацієнтів (лаб. заняття №2). Для цього знати покази та протипокази до використання відповідної технології.
3. Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі отримати пацієнта з наведених задач, вибрати технологію та провести заняття, аргументувавши вибір і пояснивши яку динаміку стану пацієнта очікуємо.
4. У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

ЗАДАЧІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 43 років. Діагноз: спінальна аміотрофія Кугельберга-Веландера. Клінічні дані: перші 2 роки життя – став швидко втомлюватися під час прогулянок, часто падати. Останніми місяцями формується атрофія м'язів стегон, таза. При огляді: «качина» хода, слабкість м'язів нижніх кінцівок, м'язові атрофії тазового поясу, стегон.

Задача №2.

Хворий 65 років. Діагноз: хвороба Паркінсона II ступеня. Клінічні дані: хворіє протягом 15 років. Постійно приймає медикаментозні препарати.

При огляді: оліго, брадікінезія, маскоподібне обличчя; тулуб нахилений вперед, лікті притиснуті до тулуба під час ходи. Тремор спокою у правій руці; м'язовий тонус в кінцівках підвищений за типом «зубчатого колеса».

Задача №3.

Хвора 28 років. Діагноз: вертеброгенна люмбаго, м'язово-тонічний та больовий синдром. Дегенеративно-дистрофічний процес хребта. Клінічні дані: захворіла 2 дня тому. Підняла дитину і відчула різкий біль у поперековому відділі хребта, що поширюється при будь-якому русі. При огляді: анталгічна поза. Вертебродинаміка порушена через біль. М'язи попереку напружені, болісні при пальпації. Рухливих та чутливих розладів немає.

Задача №4.

Хворий 51 року. Діагноз: геморагічний інсульт в правій півкулі головного мозку в руслі правої середньомозкової артерії, лівобічний геміпарез. Гіпертонічна хвороба III, цукровий діабет II типу, стадія компенсації. Клінічні дані: початок захворювання 6 місяців тому з розвитку головного болю, блювоти, плегії лівих кінцівок. За період лікування загально мозковий синдром регресував протягом 2 тижнів; вираженість парезу регресувала з плегії до 3 балів. На момент огляду: спастичний геміпарез лівих кінцівок. Поза ВернікеМанна – підвищений тонус в згиначах руки і розгиначах ноги, хода – циркомодулююча, знижена чутливість в лівих кінцівках. Хворий сидить самостійно, ходить з допомогою палиці.

Задача №5.

Хворий 21 року. Діагноз: дитячий церебральний параліч, спастична диплегія (хвороба Літля). Клінічні дані: діагноз встановлений на другому році життя. Періодично проходить курси реабілітації. При огляді: спастичний парапарез нижніх кінцівок. Тонус м'язів підвищений, ходить самостійно. Під час ходи ноги заводять одну за іншу.

Критерії оцінювання заняття №1-2:

3 бали – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття №1-2.

5 балів – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття №1-2;

б) підготовлений детальний опис одного з видів технології та проведене заняття з умовним пацієнтом.

Анотація до заняття

Лікувальний навантажувальний костюм «Аделі»: принцип лікувального впливу; показання і протипоказання до застосування; лікувальні ефекти; методика застосування.

Метод динамічної пропріоцептивної корекції з використанням рефлекторно-навантажувального пристрою «Гравітон»: мета і завдання методу; механізм лікувального впливу пристрою «Гравітон»; показання і протипоказання до застосування; методика застосування костюма «Гравітон».

Реабілітаційний нейро-ортопедичного костюм «Атлант»: показання та протипоказання до використання; мета і завдання застосування костюма «Атлант», будова і технічні характеристики костюма «Атлант»; методичні вказівки щодо застосування костюма «Атлант», режими; ефективність застосування костюма «Атлант».

Лабораторне заняття №3-4

Тема: Апаратна кінезотерапія.

Мета заняття: навчити використовувати різні методи та засоби апараної кінезотерапії у відповідності до потреб пацієнта

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Апаратна кінезотерапія». Вміти відповідати на питання.

2. Знати покази до проведення апаратної кінезіотерапії для розвитку моторики в великих та дрібних суглобах(пальці, променево-зап'ясковий суглоб, зап'ястно-п'ясний суглоб великого пальця).
3. Підготувати детальний опис одного з видів апаратної кінезіотерапії.
4. Вміти провести заняття з апаратної кінезіотерапії одним умовним пацієнтом (лаб. заняття №3)/групою умовних пацієнтів (лаб. заняття №4). Для цього знати покази та протипокази до використання відповідної технології.
5. Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі отримати пацієнта з наведених задач, вибрати технологію та провести заняття, аргументувавши вибір і пояснивши яку динаміку стану пацієнта очікуємо.
6. У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

ЗАДАЧІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 58 років. Діагноз: ішемічний атеротромботичний інсульт в правій півкулі головного мозку, лівобічний геміпарез, ЦА ІІІ, ішемічна хвороба серця. Поступив в стаціонар 2 тижні тому. При огляді: лівобічний геміпарез з початковими явищами підвищення спастичності; гемігіпостезія справа. Хворий сидить самостійно, ходить зі стороннюю допомогою.

Задача №2.

Хворий 63 років. Діагноз: ішемічний кардіоемболічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний геміпарез. Клінічні дані: від початку 28 днів. Загальний стан задовільний. Контактний, адекватний. Мова не порушена. АТ – 140/80 мм рт.ст. пульс 70 уд./хв. Сідає, встає, ходить з опорою. Самообслуговування частково порушено. При огляді: правобічний спастичний геміпарез, м'язовий тонус помірно підвищений у згиначах пальців, кисті, передпліччя, у м'язах, що приводять плече, у розгиначах гомілки, стегна, у

згиначах стопи. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні – обмежені: відведення плеча до 300 , розгинання в лікті до 1200 , супінація передпліччя – до середнього положення. Незначна можливість ворухіння пальцями кисті. Активні рухи в колінному і гомілково-стоповому суглобі відсутні, при виконанні рухів в паретичних кінцівках виникають сінкінезії.

Задача №3.

Хвора 68 років. Діагноз: ішемічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний геміпарез. Клінічні дані: хворіє 3 дні, загальний стан важкий. Свідомість порушена. АТ – 160/80 мм рт.ст. Пульс 82 уд./хв. Контакт обмежений. При огляді парез правих кінцівок з низьким тонусом м'язів і рефлексів. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні рухи відсутні. М'язовий тонус в правих кінцівках нижче ніж в лівих. Оболонкових знаків немає. Складіть програму реабілітації.

Задача №4.

Хвора 48 років. Діагноз: ішемічний інсульт у головного мозку, вестибулоататичний і бульбарний синдром. Клінічні дані: хворіє 11 днів. В анамнезі: гіпертонічна хвороба, миготлива аритмія. При огляді: легка дизартрія, ковтання збережене. Виражена атаксія в позі Ромберга і при виконанні локомоторних проб з обох боків. Парезів немає.

Задача №5.

Хвора 53 років. Діагноз: ішемічний інсульт в правій півкулі головного мозку, лівобічний спастичний геміпарез. Клінічні дані: ішемічний інсульт 11 місяців тому. Контактна, адекватна. АТ – 130/80 мм рт.ст. Пульс – 68 уд./хв. При огляді: поза ВернікеМанна. Ходить самостійно в межах квартири. Активні рухи у верхній кінцівці відсутні, в нижній – обмежені. Підвищений м'язовий тонус в згиначах руки та в розгиначах гомілки, згиначів стопи. Чутливість в лівих кінцівках знижена. Складіть програму реабілітації.

Задача №6.

Хворий 49 років. Діагноз: ішемічний інсульт в лівій півкулі головного мозку, правобічний геміпарез. Клінічні дані: переніс ішемічний інсульт 3 роки тому. АТ – 130/90 мм рт.ст. Пульс – 64 уд./хв. У неврологічному статусі: стан задовільний. Вербальний контакт не обмежений. Активні рухи в правій нижній кінцівці обмежені, у верхній відсутні. Виражений тонус у м'язах згиначів верхньої і нижньої кінцівки. Ходить з милицею, правою рукою не користується.

Критерії оцінювання завдання:

3 бали – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття «Апаратна кінезіотерапія».

4 бали – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття «Апаратна кінезіотерапія»; б) підготовлений детальний опис одного з видів розвитку дрібної моторики.

5 балів – а) знання теоретичного матеріалу лабораторного заняття «Апаратна кінезіотерапія»; б) підготовлений детальний опис одного з видів апаратної кінезіотерапії; в) проведене заняття з апаратної кінезіотерапії з умовним пацієнтом.

Анотація до заняття

Поняття СРМ - терапії (Continuous Passive Motion). Принцип СРМ – терапії. Мета і завдання СРМ – терапії. Види та режими роботи тренажерів для постійної пасивної розробки суглобів нижньої та верхньої кінцівки: Prima Advance – для розробки колінного суглоба; Kinetec Centura Shoulder CPMMachine– для розробки плечового суглоба; Kinetec Centura C.E.M Elbow CPM Machine – для розробки ліктьового суглоба; Kinetec Maestra Hand & Wrist CPM Machine - для розробки променево-зап'ясткового суглоба, суглобів кисті та пальців рук; KinetecBrevaAnkleCPMMachine - для розробки гомілковостопного суглоба. Методики застосування апаратної кінезотерапії.

Лікувальне і адаптивне реабілітаційне обладнання, області застосування. Лікувальні реабілітаційні технології: система VectorGait - вертикалізатор; антигравітаційна бігова доріжка Anti- Gravity Treadmill; апарат Stabilograph – система для тренування порушеної функції рівноваги; система Re-Step, що дозволяє імітувати ходьбу по нерівній поверхні; Smart step («розумна устілка»), що дозволяє оптимізувати вертикальні навантаження. Адаптивні реабілітаційні технології: апарат для ходьби Екзоскелет Ревок; апарат Ness L300 для електростимуляції обвислої стопи; апарат Ness H200 для електростимуляції обвислої кисті; Head or Eye Control Mouse – унікальне програмне забезпечення для керування комп'ютером рухами голови, очей.

Лабораторне заняття №5

Тема. Метод кондуктивної терапії

Мета заняття: навчити користуватися методом кондуктивної терапії у відповідності до потреб пацієнта.

Завдання:

1. **Вивчити теоретичний матеріал** теми «Метод кондуктивної терапії». Вміти правильно використовувати метод відповідно до потреб пацієнта.
2. **Підібрати вік, стать умовного пацієнта** з діагнозом Дитячий церебральний параліч з порушення діяльності нервової визначити у нього рівень активності у повсякденному житті.
3. **Написати короткий план методики Кондуктивної терапії** для покращення стану даного умовного пацієнта, який би включав всі складові активності даної методики.
4. **Зробити короткий опис** змін в індексі активності умовного пацієнта до проведення методики та після її завершення. **Написати висновок** згідно використання даної методики.

5. Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі отримати пацієнта з наведених задач, вибрати технологію та провести заняття, аргументувавши вибір і пояснивши яку динаміку стану пацієнта очікуємо.
6. У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

ЗАДАЧІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 8 років. Діагноз: ДЦП спастична форма, лівобічний геміпарез. При огляді: лівобічний геміпарез з початковими явищами підвищення спастичності; гемігіпостезія справа. Хворий сидить самостійно, ходить зі сторонньою допомогою.

Задача №2.

Хворий 3 років. Діагноз: ДЦП атетична(гіперекінетична форма), правобічний геміпарез. Загальний стан задовільний. Контактний, адекватний. Мова не порушена. Сідає, встає, ходить з опорою. Самообслуговування частково порушено. При огляді: правобічний спастичний геміпарез, м'язовий тонус помірно підвищений у згиначах пальців, кисті, передпліччя, у м'язах, що приводять плече, у розгиначах гомілки, стегна, у згиначах стопи. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні – обмежені: відведення плеча до 300 , розгинання в лікті до 1200 , супінація передпліччя – до середнього положення. Незначна можливість ворухіння пальцями кисті. Активні рухи в колінному і гомілково-стоповому суглобі відсутні, при виконанні рухів в паретичних кінцівках виникають сінкінезії.

Задача №3.

Хвора 6 років. Діагноз: ДЦП атонічно-астатична форма, правобічний геміпарез. При огляді парез правих кінцівок з низьким тонусом м'язів і рефлексів. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні рухи відсутні.

М'язовий тонус в правих кінцівках нижче ніж в лівих. Оболонкових знаків немає.

Задача №4.

Хвора 4 років. Діагноз: ДЦП, вестибулоататичний і бульбарний синдром. При огляді: легка дизартрія, ковтання збережене. Виражена атаксія в позі Ромберга і при виконанні локомоторних проб з обох боків. Парезів немає.

Задача №5.

Хвора 5 років. Діагноз: ДЦП, лівобічний спастичний геміпарез. При огляді: поза ВернікеМанна. Ходить самостійно в межах квартири. Активні рухи у верхній кінцівці відсутні, в нижній – обмежені. Підвищений м'язовий тонус в згиначах руки та в розгиначах гомілки, згиначів стопи. Чутливість в лівих кінцівках знижена.

Задача №6.

Хворий 9 років. Діагноз: ДЦП, правобічний геміпарез. У неврологічному статусі: стан задовільний. Вербальний контакт не обмежений. Активні рухи в правій нижній кінцівці обмежені, у верхній відсутні. Виражений тонус у м'язах згиначах верхньої і нижньої кінцівки. Ходить з милицею, правою рукою не користується.

Анотація до заняття

Поняття і суть методу кондуктивної терапії. Цілі, завдання, показання та протипоказання до використання даної реабілітаційної технології. Матеріально-технічне забезпечення. Кондуктивна терапія і її документація. Нейропсихологічне дослідження пацієнта. Індивідуальна програма реабілітації пацієнта по кондуктивної терапії. Алгоритм співпраці пацієнта (вихованця) і кондуктора (педагога, інструктора ЛФК, з праці, соціального працівника, вихователя, психолога). Карті кондуктивної терапії. Методика нейропсихологічного, кондуктивного обстеження пацієнта і складання індивідуальної реабілітаційної програми. Дидактичний матеріал кондуктивної

терапії. Пропріоцептивна гімнастика в методі кондуктивної терапії. Програмний зміст сюжетно-рольового тренінгу. Методика занять методом кондуктивної терапії. Практичне заняття методом кондуктивної терапії.

Лабораторне заняття №6

Тема. Кінезотерапія в медико-кондуктивній реабілітації неврологічних хворих з руховими порушеннями.

Мета заняття: навчити використовувати кінезотерапію в медико-кондуктивній реабілітації неврологічних хворих з руховими порушеннями у відповідності до потреб пацієнта.

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Кінезотерапія в медико-кондуктивній реабілітації неврологічних хворих з руховими порушеннями». Вміти відповідати на питання.
2. Згідно діагнозу **ішемічний інсульт** (вибрати згідно списку в журналі академічної групи – вік, стать, хоббі, професійне спрямування умовного пацієнта).
3. Здійснити оцінку виконання діяльності пацієнта (COPM) в сферах діяльності самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля.
4. Розробити програму реабілітації за допомогою методу кінезотерапії в медико-кондуктивній реабілітації неврологічних хворих з руховими порушеннями.
5. **Написати висновок** про динаміку зміни стану пацієнта до та після виконання реабілітаційної програми.
6. У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

Діагноз (вибрати згідно списку в журналі академічної групи):

Ішемічний інсульт:

- 49 р. жіноча стаття, професія – бухгалтер, хоббі – вивчення дизайну квартир, працює;
- 57 р. жіноча стаття, професія – швея, хоббі – перегляд кінофільмів, працює;
- 65 р. жіноча стаття, хоббі – приготування кондитерських виробів, пенсійного віку;
- 73 р. жіноча стаття, хоббі – садівництво, пенсійного віку;
- 75 р. жіноча стаття, хоббі – спілкування з сусідами, догляд за правнуком, пенсійного віку;
- 45 р. чоловіча стаття, професія – вчитель англійської мови, хоббі – гірський туризм, працює;
- 55 р. чоловіча стаття, професія – електрик, хоббі – рибалка, працює;
- 64 р. чоловіча стаття, професія – охоронець, хоббі – виготовлення столярних виробів, працює;
- 72 р. чоловіча стаття, хоббі – читання книжок на історичну тематику, пенсійного віку;
- 67 р. чоловіча стаття, хоббі – догляд за домашніми тваринами (кіт, черепаха, акваріумні рибки), перегляд телепередач, пенсійного віку

Анотація до заняття

Поняття кінезотерапії, як способу медико-кондуктивної реабілітації неврологічних хворих з руховими порушеннями. Метод PNF (пропріоцептивне нервово-м'язове торування) по Г.Кабат. Метод Брунстрема. Показання і протипоказання до використання кінезотерапії в медико-кондуктивній реабілітації неврологічних хворих. Матеріально-технічне забезпечення. Механізм впливу кінезотерапії в медико-кондуктивній реабілітації. Основні патогенетичні стадії рухового контролю: мобільність, стабільність, контрольована мобільність і спритність. Методи дослідження для диференційованого вибору зразків та моделей руху. Техніка кінезотерапії (на

основі методології PNF). Ефективність використання даної технології.

Лабораторне заняття №7

Тема. Бобат-терапія

Мета заняття: вивчити теоретичний матеріал теми та вміти використовувати Бобат-терапію у відповідності до потреб пацієнта.

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Бобат-терапія». Вміти відповідати на питання.
2. Підготувати та вміти провести з пацієнтом заняття за методикою Бобат-терапії - по 5 вправ без інвентарю та по 5 вправ з інвентарем – реабілітаційним м'ячем відповідного розміру.
3. Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі отримати пацієнта з наведених задач, вибрати технологію та провести заняття, аргументувавши вибір і пояснивши яку динаміку стану пацієнта очікуємо.
4. У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

ЗАДАЧІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 8 років. Діагноз: ДЦП спастична форма, лівобічний геміпарез. При огляді: лівобічний геміпарез з початковими явищами підвищення спастичності; гемігіпостезія справа. Хворий сидить самостійно, ходить зі стороннюю допомогою.

Задача №2.

Хворий 3 роки. Діагноз: ДЦП атетична(гіперекінетична форма), правобічний геміпарез. Загальний стан задовільний. Контактний, адекватний. Мова не порушена. Сідає, встає, ходить з опорою.

Самообслуговування частково порушено. При огляді: правобічний спастичний геміпарез, м'язовий тонус помірно підвищений у згиначах пальців, кисті, передпліччя, у м'язах, що приводять плече, у розгиначах гомілки, стегна, у згиначах стопи. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні – обмежені: відведення плеча до 300 , розгинання в лікті до 1200 , супінація передпліччя – до середнього положення. Незначна можливість ворухіння пальцями кисті. Активні рухи в колінному і гомілково-стоповому суглобі відсутні, при виконанні рухів в паретичних кінцівках виникають сінкінезії.

Задача №3.

Хвора 4 роки. Діагноз: ДЦП атонічно-астатична форма, правобічний геміпарез. При огляді парез правих кінцівок з низьким тонусом м'язів і рефлексів. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні рухи відсутні. М'язовий тонус в правих кінцівках нижче ніж в лівих. Оболонкових знаків немає.

Задача №4.

Хвора 8 років. Діагноз: ДЦП, вестибулоататичний і бульбарний синдром. При огляді: легка дизартрія, ковтання збережене. Виражена атаксія в позі Ромберга і при виконанні локомоторних проб з обох боків. Парезів немає.

Задача №5.

Хвора 6 років. Діагноз: ДЦП, лівобічний спастичний геміпарез. При огляді: поза ВернікеМанна. Ходить самостійно в межах квартири. Активні рухи у верхній кінцівці відсутні, в нижній – обмежені. Підвищений м'язовий тонус в згиначах руки та в розгиначах гомілки, згиначів стопи. Чутливість в лівих кінцівках знижена.

Задача №6.

Хворий 9 років. Діагноз: ДЦП, правобічний геміпарез. У неврологічному статусі: стан задовільний. Вербальний контакт не обмежений. Активні

рухи в правій нижній кінцівці обмежені, у верхній відсутні. Виражений тонус у м'язах згиначів верхньої і нижньої кінцівки. Ходить з милицею, правою рукою не користується.

Анотація до заняття

Поняття Бобат-терапії. Мета методики. Області застосування Бобат-терапії. Концепція даної методики. Принципи Бобат-терапії. Протипоказання методу. Методичні особливості занять по методу Бобат. Прийоми Бобат-терапії: сенсорна стимуляція, інгібіція і фацілітація. Тактика навчання дитини з ДЦП різним руховим умінням. Умови рухової активності при Бобат-терапії. Орієнтовна схема методики Бобат.

Лабораторне заняття №8

Тема. Рефлексна локомоція (Войта-терапія)

Мета заняття: опрацювати теоретичний матеріал та та вміти використовувати Войта-терапію у відповідності до потреб пацієнта.

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми. Вміти відповідати на питання.
2. Підготувати (написати) та вміти провести з пацієнтом терапевтичні заняття за методом Войта-терапії.
3. Вміти виконувати по 5 функціональних вправ за методом Войта-терапії.
4. Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі отримати пацієнта з наведених задач, вибрати технологію та провести заняття, аргументувавши вибір і пояснивши яку динаміку стану пацієнта очікуємо.
5. У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

ЗАДАЧІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 28 років. Діагноз: ДЦП спастична форма, лівобічний геміпарез. При огляді: лівобічний геміпарез з початковими явищами підвищення спастичності; гемігіпостезія справа. Хворий сидить самостійно, ходить зі стороннюю допомогою.

Задача №2.

Хворий 23 років. Діагноз: ДЦП атетична(гіперекінетична форма), правобічний геміпарез. Загальний стан задовільний. Контактний, адекватний. Мова не порушена. Сідає, встає, ходить з опорою. Самообслуговування частково порушено. При огляді: правобічний спастичний геміпарез, м'язовий тонус помірно підвищений у згиначах пальців, кисті, передпліччя, у м'язах, що приводять плече, у розгиначах гомілки, стегна, у згиначах стопи. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні – обмежені: відведення плеча до 300 , розгинання в лікті до 1200 , супінація передпліччя – до середнього положення. Незначна можливість ворушіння пальцями кисті. Активні рухи в колінному і гомілково-стоповому суглобі відсутні, при виконанні рухів в паретичних кінцівках виникають сінкінезії.

Задача №3.

Хвора 14 років. Діагноз: ДЦП атонічно-астатична форма, правобічний геміпарез. При огляді парез правих кінцівок з низьким тонусом м'язів і рефлексів. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні рухи відсутні. М'язовий тонус в правих кінцівках нижче ніж в лівих. Оболонкових знаків немає.

Задача №4.

Хвора 14 років. Діагноз: ДЦП, вестибулоататичний і бульбарний синдром. При огляді: легка дизартрія, ковтання збережене. Виражена

атаксія в позі Ромберга і при виконанні локомоторних проб з обох боків. Парезів немає.

Задача №5.

Хвора 15 років. Діагноз: ДЦП, лівобічний спастичний геміпарез. При огляді: поза Верніке-Манна. Ходить самостійно в межах квартири. Активні рухи у верхній кінцівці відсутні, в нижній – обмежені. Підвищений м'язовий тонус в згиначах руки та в розгиначах гомілки, згиначів стопи. Чутливість в лівих кінцівках знижена.

Задача №6.

Хворий 29 років. Діагноз: ДЦП, правобічний геміпарез. У неврологічному статусі: стан задовільний. Вербальний контакт не обмежений. Активні рухи в правій нижній кінцівці обмежені, у верхній відсутні. Виражений тонус у м'язах згиначах верхньої і нижньої кінцівки. Ходить з милицею, правою рукою не користується.

Анотація до заняття

Поняття Войта-терапії. Мета методики. Області застосування Войта-терапії. Концепція даної методики. Принципи Войта-терапії. Протипоказання методу. Методичні особливості занять по методу Войта-терапії. Прийоми Войта-терапії. Тактика навчання дитини з ДЦП різним руховим умінням. Умови рухової активності при Войта-терапії. Орієнтовна схема методики Войта-терапії.

Лабораторне заняття №9

Тема. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод Козьявкіна)

Мета заняття: опрацювати теоретичний матеріал та та вміти використовувати метод Козьявкіна у відповідності до потреб пацієнта

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод Козьякіна)». Вміти відповідати на питання.
2. За списком вибрати умовного пацієнта з діагнозом Дитячий церебральний параліч у якого переважає в клінічній картині певний синдром і вміти з ним провести заняття за методом Козьякіна:
 - Атаксія – порушення координації;
 - Апраксія – порушення послідовності рухів;
 - Гіпотонус – м'язова слібкість;
 - Гіперкінез правосторонній – патологічні раптові рухи у різних групах м'язів;
 - Геміпарез лівосторонній – слабкість лівої сторони тіла;
 - Геміпарез правосторонній – слабкість правої сторони тіла;
 - Спастичний геміпарез – синдром, при якому підвищений тонус м'язів у руці і нозі на одній стороні призводить до обмежень активних рухів зі зниженням сили рухової активності уражених кінцівок.
3. Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі отримати пацієнта з наведених задач, вибрати технологію та провести заняття, аргументувавши вибір і пояснивши яку динаміку стану пацієнта очікуємо.
4. У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

ЗАДАЧІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 12 років. Діагноз: ДЦП спастична форма, лівобічний геміпарез. При огляді: лівобічний геміпарез з початковими явищами підвищення спастичності; гемігіпостезія справа. Хворий сидить самостійно, ходить зі сторонньою допомогою.

Задача №2.

Хворий 13 років. Діагноз: ДЦП атетична(гіперекінетична форма), правобічний геміпарез. Загальний стан задовільний. Контактний, адекватний. Мова не порушена. Сідає, встає, ходить з опорою. Самообслуговування частково порушено. При огляді: правобічний спастичний геміпарез, м'язовий тонус помірно підвищений у згиначах пальців, кисті, передпліччя, у м'язах, що приводять плече, у розгиначах гомілки, стегна, у згиначах стопи. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні – обмежені: відведення плеча до 300 , розгинання в лікті до 1200 , супінація передпліччя – до середнього положення. Незначна можливість ворухіння пальцями кисті. Активні рухи в колінному і гомілково-стоповому суглобі відсутні, при виконанні рухів в паретичних кінцівках виникають сінкінезії.

Задача №3.

Хвора 16 років. Діагноз: ДЦП атонічно-астатична форма, правобічний геміпарез. При огляді парез правих кінцівок з низьким тонусом м'язів і рефлексів. Пасивні рухи в суглобах не обмежені. Активні рухи відсутні. М'язовий тонус в правих кінцівках нижче ніж в лівих. Оболонкових знаків немає.

Задача №4.

Хвора 24 років. Діагноз: ДЦП, вестибулоататичний і бульбарний синдром. При огляді: легка дизартрія, ковтання збережене. Виражена атаксія в позі Ромберга і при виконанні локомоторних проб з обох боків. Парезів немає.

Задача №5.

Хвора 15 років. Діагноз: ДЦП, лівобічний спастичний геміпарез. При огляді: поза ВернікеМанна. Ходить самостійно в межах квартири. Активні рухи у верхній кінцівці відсутні, в нижній – обмежені. Підвищений м'язовий тонус в згиначах руки та в розгиначах гомілки, згиначів стопи. Чутливість в лівих кінцівках знижена.

Задача №6.

Хворий 19 років. Діагноз: ДЦП, правобічний геміпарез. У неврологічному статусі: стан задовільний. Вербальний контакт не обмежений. Активні рухи в правій нижній кінцівці обмежені, у верхній відсутні. Виражений тонус у м'язах згиначів верхньої і нижньої кінцівки. Ходить з милицею, правою рукою не користується.

Анотація до заняття

Поняття методики Козявкіна. Комплексний підхід і сутність методу. Система Інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. Мультимодальна реабілітаційна концепція. Патофізіологія лікувального впливу методу Козявкіна. Біомеханічна корекція хребта. Мобілізація суглобів кінцівок. Рефлексотерапія. Спеціальна система масажу. Мобілізуюча гімнастика. Ритмічна гімнастика. Механотерапія. Апітерапія. Програма біодинамічної корекції рухів з застосуванням костюму «Спіраль». Тренажер "Павук". Комп'ютерна ігротерапія. Крокові реабілітаційні ігри. Тренування рівноваги. Розвиток функції кисті.

Лабораторне заняття №10

Тема. Метод кінезотейпування

Мета заняття: опрацювати теоретичний матеріал та та вміти використовувати метод кінезіотейпування у відповідності до потреб пацієнта, знати різні методики накладання тейпів та навчитись використовувати їх на практиці

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Метод кінезіотейпування». Вміти відповідати на питання.
2. Вміти використовувати метод кінезіотейпування у відповідності до потреб пацієнта, знати різні методики накладання тейпів та навчитись використовувати їх на практиці.

- Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі вибрати зображення тейпування. Виконати практично тейпування відповідної ділянки, пояснивши мету, особливості, та зміну очікуваної динаміки стану пацієнта.
- У вигляді документу у Microsoft Word вкласти у завдання до лабораторного заняття в moodle.

1. ІНСТРУКЦІЯ ПО ТЕЙПУВАННЮ ГОМІЛКИ



Для зняття болю травматичного характеру, а також вирішення інших проблем в області гомілки, потрібно правильно накладати тейпи на уражене місце. Розібратися в цьому питанні допоможуть прості рекомендації, які наведені нижче.

Ефективність процедури

Проводити кінезіотейпування доречно при травмах колінного суглоба і гомілки, від яких найчастіше страждають футболісти і атлети, які займаються професійно

іншими спортивними дисциплінами. Аплікації тейпа супроводжуються наступними позитивними ефектами:

- знімають біль;
- здійснюють надійну фіксацію гомілковостопного суглоба і литкового м'яза ноги. Але для досягнення максимального ефекту від процедури рекомендується використовувати оригінальні стрічки південнокорейського виробника, які відрізняються високою якістю.

Важливо! Результат допоміжної терапії залежить від правильного виконання процедури. Тому треба чітко слідувати схемі тейпування, яка зазначена в кожній інструкції.

Загальні правила

Для всіх методик тейпування гомілки є кілька загальних рекомендацій:

1. Якщо процедура спрямована на зняття хворобливих відчуттів, при накладенні аплікацій потрібно застосувати мінімальний натяг.
2. У випадках, коли треба зафіксувати м'яз, стрічку наклеюють так, щоб вона виконала це завдання. Але при цьому аплікація не повинна порушувати нормальну рухливість ноги і суглоба.
3. При відновленні після травматичних випадків схема тейпування підбирається у відповідності із зоною ушкодження.

Детальне вивчення техніки правильного тейпування необхідно для того, щоб в процесі відновлення завжди спостерігалася позитивна динаміка.

Ці прості правила допоможуть освоїти правильну техніку накладання тейпів в домашніх умовах. Тобто людина може без сторонньої допомоги в міру необхідності виконувати маніпуляцію, що підвищить загальний результат всієї реабілітації.

2. ІНСТРУКЦІЯ ПО ЗАСТОСУВАННЮ КІНЕЗІОТЕЙПА ПРИ БОЛЮ В ГОМІЛЦІ І ЛИТКОВОМУ М'ЯЗІ

Дана методика допоможе зняти дискомфорт і біль при ходьбі. Також з її допомогою можна стабілізувати стан м'язів гомілки.

Аплікація робиться не тільки на гомілку, але також охоплює весь литковий м'яз. Це допоможе швидше відновити нормальні функції ноги.

Алгоритм дій:

1. Треба підготувати довгу стрічку тейпа.
2. Без натягу тейп в середині довжини закріплюється знизу п'яти, а потім обидва кінці стрічки переходять на литковий м'яз і там фіксуються з двох сторін не нижче коліна.

Дана схема створює додаткову підтримку п'яті і сухожиль, забезпечуючи всьому суглобу стабільність.

3. ІНСТРУКЦІЯ ПО ПРОВЕДЕННЮ ТЕЙПУВАННЯ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА.

Тейпи на гомілковостопному суглобі дуже швидко знімають біль після отриманих травм і запальних процесів. Тому таку процедуру дуже корисно виконувати вдома самостійно, якщо немає часу на відвідування лікарні.

Кілька важливих правил:

- Для області голеностопа потрібно взяти три стрічки шириною 5 см.
- Перший елемент аплікації наклеюється ззаду, залучаючи суглоб і повністю закриваючи п'яту.
- Другою смужкою треба огорнути ногу таким чином, щоб край стрічки перебував в середині прогину стопи.
- Третій фрагмент треба зафіксувати з зовнішньої сторони підшви у п'яткової кістки.
- Носити аплікацію можна не знімаючи до п'яти днів.

При проявах бурситу накладання тейпів знижує тиск на м'язи і знімає хворобливі відчуття.

- Для аплікації в подібній ситуації треба підготувати стрічку 15 см завдовжки. Кінці тейпа необхідно закруглити з двох сторін для міцної фіксації.
- Потім пластир складається навпіл і розрізається на 4 рівні частини.
- З кожного боку тейпа повинні залишитися «якоря» приблизно по 3 см.

- Перед накладанням аплікації стопу треба витягнути і трохи відтягнути на себе мисок носка.
- У такому положенні ноги пластир фіксується вище і трохи нижче п'яти, а промені наклеюються з боків від неї.
- Якщо тейп накладено правильно, ефективність процедури практично відразу дасть про себе знати.



4. ІНСТРУКЦІЯ ПО ЗАСТОСУВАННЮ КІНЕЗІО ТЕЙПА ПРИ БОЛЮ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОШКОДЖЕННЯМ ЗВ'ЯЗОК (ПІДВИВИХИ) ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

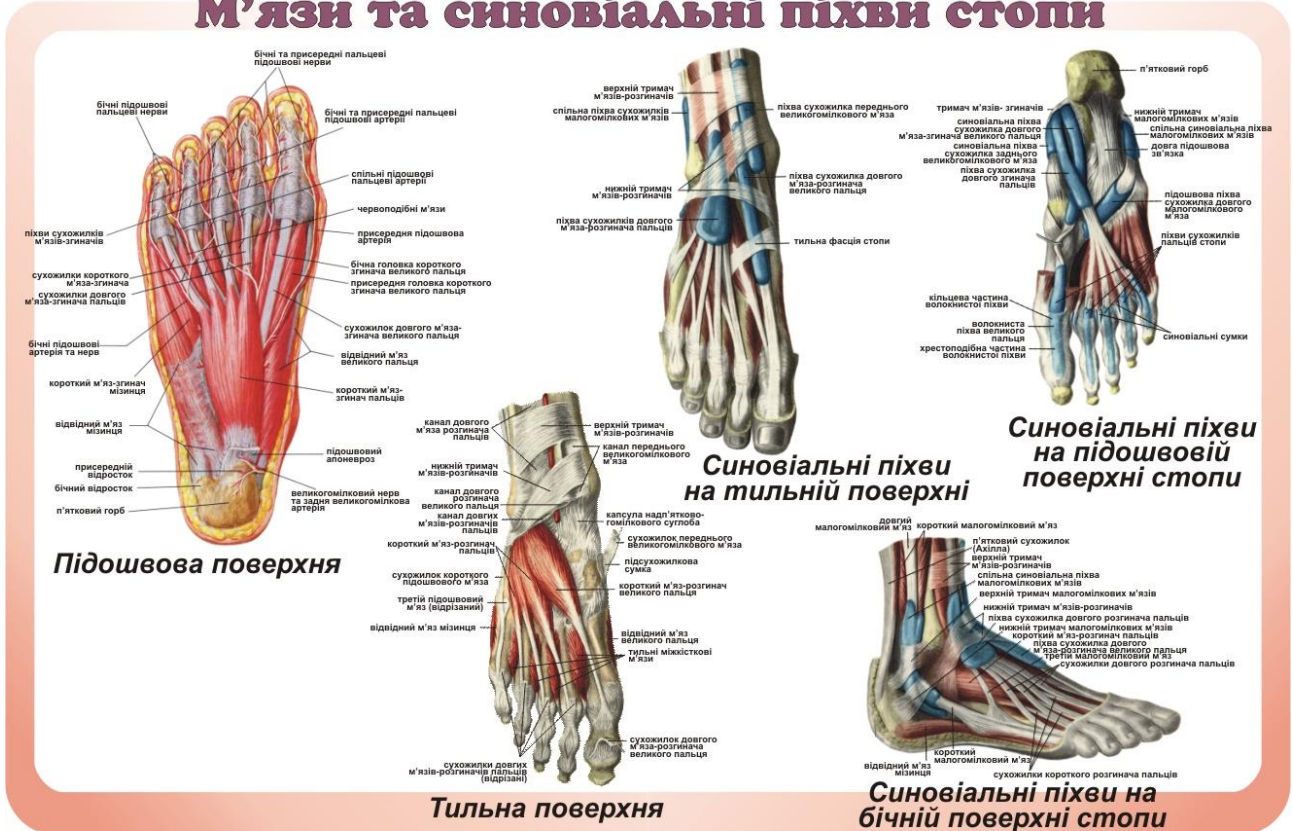
Ця схема допомагає знизити інтенсивність больового синдрому, який є постійним супутником таких травм. Крім цього аплікація забезпечує стабілізацію і підтримку всього гомілкостопу і бічним зв'язкам.

Послідовність дій:

1. Першим кроком треба наклеїти тейп від п'яти до середньої лінії гомілки, застосовуючи силу натягу 50%.
2. Після цього дії необхідно в середині тейпа розділити підкладку, а потім накласти аплікацію на п'яту, переходячи до кісточки.

ІНСТРУКЦІЯ З ТЕЙПУВАННЯ СТОПИ

М'язи та синовіальні піхви стопи



Відповідальні за вступів проф. Я.І.Федоренко, доц. Н.Х.Мікуліч, ас. І.І.Бойменструк
Комп'ютерна верстка та дизайн Д.Д.Тестюк

Тернопіль
"Українська"
2004

Підготовлено до друку 02.04.2002
Формат 60x84
Зам. № 0279

Найпоширеніші проблеми стопи:

- плоскостопість;
- вальгусна деформація;
- загальні патології опорно-рухового апарату.

Нерідко трапляються травми стопи, особливо в дитячому віці.

Оскільки дитячий вік не є протипоказанням до виконання аплікацій, при таких видах порушень цілком можна проводити відновлювальні заходи дитині в домашніх умовах. Особливо метод тейпування актуальний, якщо у малолітніх пацієнтів виявлено плоскостопість на ранній стадії.

У таких випадках треба виконати накладення аплікації за наступною схемою:

1. Підготувати стрічку довжиною, що дорівнює розміру стопи пацієнта.
 2. Для лікування проблем стопи вже використовується стрічка в формі літери «Y».
- Якір фіксується на середині підшви, а кінці тейпа обертають п'яту з обох боків.

3. Якщо наявний діагноз «Вальгусна деформація», тоді треба взяти два широких фрагмента пластиру: перший елемент наклеюється на середню частину поверхні підошви, а потім простягається через п'яту до задньої області гомілки. Друга стрічка йде перпендикулярно першій.

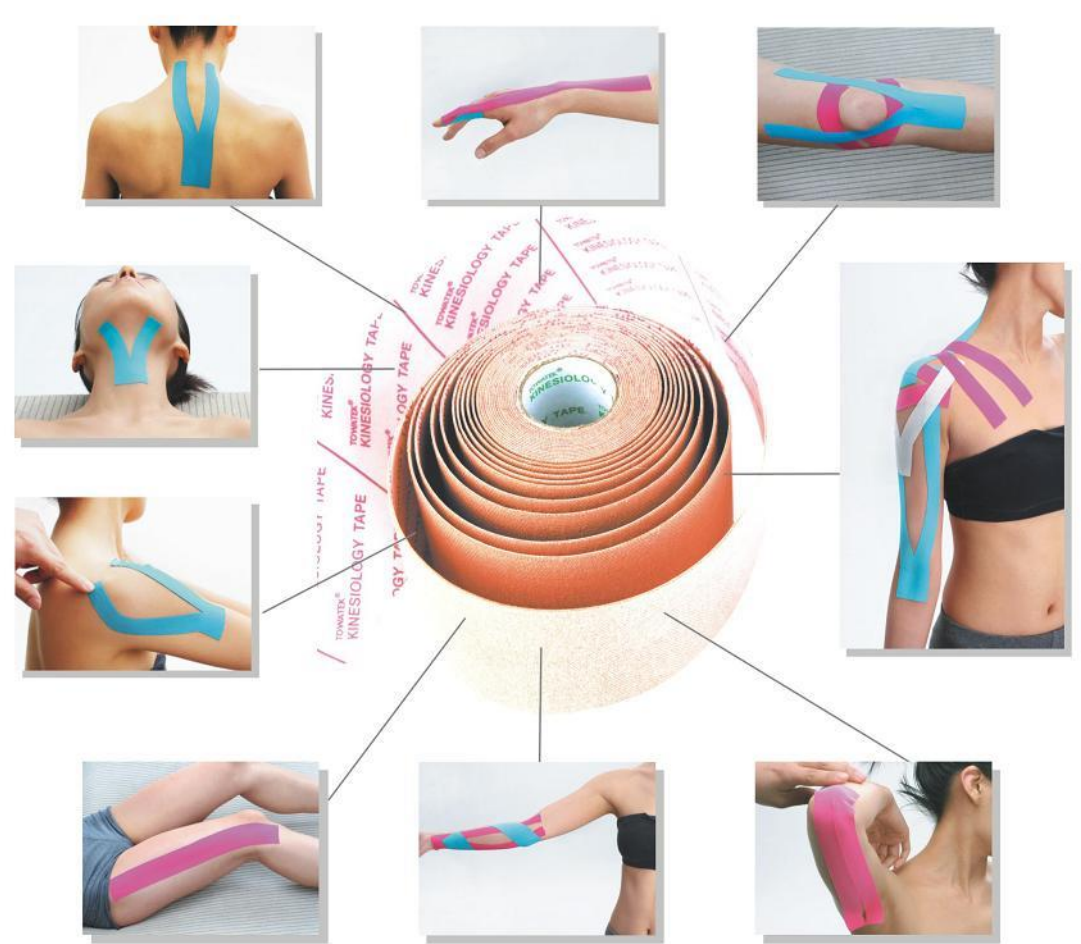
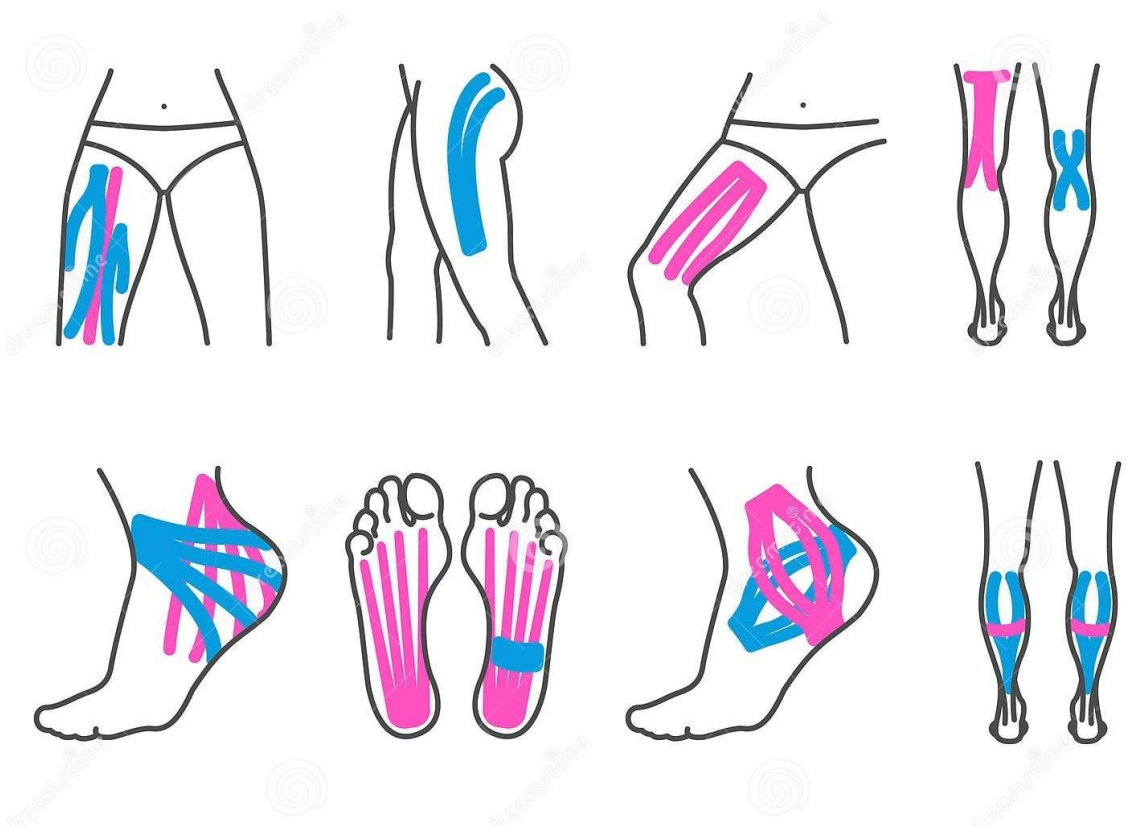
Ця схема допомагає у вирішенні проблеми з п'ятковою шпорою, але в такому випадку стрічку треба фіксувати зверху стопи з максимальним натягом аж до початку ікри.



ІНСТРУКЦІЯ ПО ЗАСТОСУВАННЮ КІНЕЗІО ТЕЙПА ПРИ ПЛОСКОСТОПОСТІ

Ця техніка спрямована на корекцію стопи і суглоба.

1. Пластир виду «Y» без натягу закріплюється на підошві в напрямку від п'яткової кістки до пальців.
2. Другий фрагмент фіксується із середнім натягом від підошви по всьому зовнішньому краю великогомілкової кістки.



Анотація до заняття

Поняття кінезотейпування. Механізму фізіологічної і лікувальної дії кінезіотейпів. Ефективність кінезотейпування. Показання і протипоказання до застосування кінезіотейпов. Види кінезотейпів. Області застосування кінезіотейпов. Техніка накладання кінезологічних тейпів. Способи і методики кінезотейпування при різних патологічних станах.

Лабораторне заняття №11

Тема. Нові методи курортного лікування

Мета заняття: опрацювати теоретичний матеріал та та вміти використовувати методи курортного лікування у відповідності до потреб пацієнта.

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Нові методи курортного лікування». Вміти відповідати на питання.
2. Знати та вміти користуватися новими методиками курортного лікування у відповідності до потреб пацієнта.
3. Відповідно до порядкового номеру в академічному журналі вибрати методи курортного лікування, пояснивши мету, особливості, та зміну очікуваної динаміки стану пацієнта.
4. Знати принципи вибору методик курортного лікування для конкретного пацієнта.

ЗАДАЧІ ДЛЯ СТУДЕНТІВ

Задача №1.

Хворий 54 роки з діагнозом зворотній ендоміокардіт зтяжний перебіг, з мінімальним (I) ступенем активності процесу на тлі клапанної вади серця НК I, без прогностично несприятливих порушень серцевого ритму, через 8 місяців після останнього загострення.

ЗАВДАННЯ №2

Пацієнт 67 років з діагнозом: Стан після оперативного втручання на верхній частці правої легені з приводу вродженої вади і новоутворення доброякісного характеру.

ЗАВДАННЯ №3

Пацієнтка 26 років з діагнозом: діабетична нефропатія I стадії, ураження судин обох нирок.

ЗАВДАННЯ №4

Пацієнт 46 років діагноз: Стан після видалення гемангіом печінки

ЗАВДАННЯ №5

Пацієнтка 39 років діагноз: період після видалення кістозних утворень яйників

Анотація до заняття

Метод гіпербаричної оксигенації. Нормобарична гіпоксітерапія - «Гірське повітря». Клітинна терапія. Кріотерапія. Озонотерапія. Фітоазроіонізація. Ендоекологічна реабілітація і лікування в санаторіях.

Лабораторне заняття №12

Тема. Загальні основи застосування комплексної методики активної саморегуляції

Мета заняття: знати теоретичні основи застосування комплексної методики активної саморегуляції.

Завдання:

1. Вивчити теоретичний матеріал теми «Загальні основи застосування комплексної методики активної саморегуляції».
2. Вміти відповідати на питання з теми «Загальні основи застосування комплексної методики активної саморегуляції».

3. Знати та вміти користуватися новими методиками комплексної активної саморегуляції у відповідності до потреб пацієнта.
4. Знати принципи вибору методик комплексної активної саморегуляції для конкретного пацієнта.
5. вибрати згідно списку в журналі академічної групи методику за порядковим номером опису.
6. Продемонструвати її використання на практичному занятті.
7. Оцінити використання методики методом опитування та формування висновків.

Анотація до заняття

Прийоми комплексної методики саморегуляції емоційних станів. Вправи психорегулюючої гімнастики. Зниження нервового стомлення, пов'язаного з емоційною напругою перед змаганнями, під час змагань та після їх завершення. Спеціальні вправи для виробки навичок розслаблення м'язів шиї, голови, м'язів рук і ніг, діафрагми та дихальної мускулатури, для активізації уявлень. Аутогенне тренування. Етапи розвитку аутогенного тренування. Аутогенне тренування у комплексі прийомів самовпливу. Заспокоювальна, мобілізуюча частини аутогенного тренування. Регуляція психічних функцій. Виховання вольових якостей. Аутогенне тренування як засіб попередження та корекції невротичних реакцій, серцево-судинних порушень. Перед обговоренням самої теми необхідно розглянути характерні наслідки переживання стресу пацієнтами:

1. Загострене почуття відповідальності та провини.
2. Повторювана травматична гра.
3. Почуття тривоги при нагадуванні про подію
4. Сновидіння з жахливим сценарієм та інші патології сну
5. Нав'язливі думки щодо небезпеки
6. Агресивна поведінка, імпульси гніву.

7. Очікування болю.
8. Спостереження за тривожністю батьків.
9. Стрес від перебування у колективі.
10. Поява соматичних захворювань
11. Схильність до усамітнення
12. Чіткі пов'язані з травмою страхи
13. Віковий регрес (людина поводить себе як молодша за себе)
14. Втрата інтересу до діяльності
15. Прогалини в нестачі розуміння заповнюються «магічними» поясненнями;
16. Втрата здатності до концентрації
17. Дивна або незвичайна поведінка, емоції, зміна особистості [1].

Доцільно розглянути способи регуляції емоційних станів (за К. Ізардом):

1. За допомогою іншої емоції (вимагає свідомих зусиль, спрямованих на активацію іншої емоції, протилежної до тієї, котру людина переживає й хоче усунути);
2. Когнітивна регуляція (переключення свідомості на події й діяльність, які викликають у людини інтерес, позитивні емоційні переживання)
3. Моторна регуляція (використання фізичної активності як каналу розрядки емоційного напруження, яке виникло).
4. Психічна регуляція пов'язана або із впливом ззовні (іншої людини, музики, кольорів, природного ландшафту), або із саморегуляцією [2].

Практичною до використання є схема формування вміння оволодіння власними емоціями, наведена нижче. Для вироблення цього вміння потрібно:

Звернути увагу на емоції, які дитина переживає в даний момент – а саме усвідомити зрозуміти та класифікувати їх – «я маю поганий настрій», «мені страшно», «мені сумно», «я роздратована», «я гніваюсь», «я напружена», тощо. Чи контролює себе людина. Що призвело до такого стану. Співставте зовнішні події та внутрішній стан і проаналізуйте чи

відповідають емоції подразникам. Продумайте способи опанування дитиною себе і виберіть найкращий:

1. Storytelling.

Пригадати ситуацію. Описати ситуацію, виходячи із 5-ти складових: тільки зорові образи, тільки звуки, тільки смаки, тільки відчуття, тільки аромати. Написати розповідь, об'єднуючи відчуття із усіх 5 блоків.

2. Захисний екран

Уявити навколо себе прозору енергетичну огорожу, яка перешкоджає впливу негативного впливу. Як тільки людина відчуває, що їй загрожує вплив будь-якої «негативної енергії», що відбувається «психологічне вторгнення», «включає» енергетичне поле навколо себе, яке є непроникним від всього поганого а негативна енергія стікає з нього як вода. Внаслідок цього людина відчуває себе більш впевнено та врівноважено.

3. Глибоке дихання.

Глибоке дихання — це ефективний спосіб уповільнення природної реакції організму на стрес. Воно уповільнює серцевий ритм, знижує кров'яний тиск і забезпечує почуття впевненості. Цей простий метод підходить практично всім. Тому пропонуємо людині вдихнути глибоко, затримати дихання на мить, повільно видихнути, продовжувати дихати глибоко, видихаючи, сказати собі: «Я абсолютно спокійна». Людина може розслабитися і повторити дану фразу кілька разів поки не заспокоїться.

4. Прогресуюча релаксація м'язів

Релаксація досягається шляхом напруги й подальшого розслаблення різних груп м'язів тіла, кожену групу напружувати і розслабляти тричі. Обличчя — попросіть людину наморщити ніс і лоб, ніби вона нюхає щось неприємне, а потім розслабити м'язи обличчя. Щелепи — попросіть людину щільно стиснути щелепи, ніби вона собака, який висить на кістці, а потім відпустити уявну кістку й повністю розімкнути щелепи. Руки та

плечі — попросіть дитину витягнути руки перед собою, потім підняти їх над головою й потягнутись якомога вище. Після цього нехай людина опустить вниз і розслабить руки. Кисті рук — нехай людина уявить, ніби вона щосили стискає апельсин однією рукою, а потім кидає його на підлогу і розслабляє кисть і руку. Виконувати різними руками по чергово. Живіт — нехай людина ляже на спину і всього на мить максимально напружить м'язи живота. Потім нехай розслабить живіт. Виконати цю ж вправу стоячи. Ноги й ступні — попросіть людину стоячи втиснути пальці ніг у підлогу, ніби вона проробляє це з піском на пляжі. Нехай по чергово вдавлює кожний палець у підлогу й розставить їх настільки, щоб відчувати напругу в ногах, а потім розслабитися. Виконуючи ці вправи, попросіть людину спостерігати, як добре відчувається тіло, коли вона розслабляє кожну його частину. Мета виконання цих вправ полягає в тому, щоб досягти повного розслаблення м'язів тіла.

5. Метод візуально керованих образів

Ця техніка використовує уяву, щоб уповільнити мозкову діяльність і позбутись негативних думок і тривоги. Цей метод особливо ефективний після виконання прогресуючої релаксації м'язів і дозволяє спочатку розслабити м'язи, а потім заспокоїти розум. Уявлення за допомогою сили образного мислення прекрасного, спокійного місця — це один з видів візуалізації для зниження рівня стресу, доступний майже кожній людині.

6. «Колірна візуалізація»

Попросіть людину відтворити в уяві улюблений колір, який примушує її відчувати себе спокійно й безпечно. Нехай вона уявить, що «вдихає» цей колір у себе й поширює його по всьому тілу разом з видихом. Нехай людина продовжує візуалізувати, доки не наповниться цим особливим розслаблюючим кольором. Замість кольору можна використовувати заспокійливий звук, особливий аромат або відчуття тепла чи світла.

9. Обійми. Заохочуйте людину, коли вона притискає до себе домашнього улюбленця або людину, яку любить. Така взаємодія знижує кров'яний тиск і зменшує кількість гормонів стресу.

10. Напруга пальців ніг. Напруга пальців ніг знімає напругу іншої частини тіла. Цю просту вправу слід повторювати по десять разів в одному підході. Ляжте на спину й відчуйте пальці ніг. За допомогою м'язів розігніть всі десять пальців ніг й рахуйте до десяти. Розслабте пальці й порахуйте до десяти. Ці вправи можуть виконувати і батьки разом з дитиною. Не буває прийомів, які були б ефективними абсолютно для всіх. Комусь легше нормалізувати свій психологічний стан шляхом розслаблення м'язів, декому — шляхом рухової активності. Хтось ліпше використовує можливості уяви, а хтось — абстрактно-логічного мислення. Тому спробувавши методи психологічної саморегуляції, потрібно обрати найефективніший. Як результат знижується рівень напруги і формується емоційна стійкість людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Богдановська Н.В. Фізична реабілітація хворих різних нозологічних форм: навчальний посібник. Запоріжжя, 2011. 314 с.
2. Глиняна О.О., Копочинська Ю.В. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник. Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2018. 125 с.
3. Івасик Н.О. Фізична реабілітація при порушенні діяльності органів дихання. Львів, 2012. 192 с.
4. Козьявкін В.І. Метод Козьявкіна – система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації: посібник реабілітолога. Львів: Видавництво “Дизайн-студія ”Палуга”, 2011. 240 с.
5. Лозюк М.Я., Магльований А.В. Інноваційні методи реабілітації хворих після оперативних методів лікування переломів стегнової кістки. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. №5. 2018. С. 390-396.

Електронні ресурси

1. <http://php.silverplatter.com>
2. <https://vafk.org.ua/>
3. <http://www.ergoterapia.wordpress.com/>.
4. <https://www.ukrothe.eu/uk/%D0%B1%D0%BB%D0%BE%D0%B3/nova-profesiya-ergoterapevt>
5. <https://uk.wikipedia.org/wiki/Абілітація>.
6. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
7. <https://www.president.gov.ua/documents/29612005-3296>
8. https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0_%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%B1%D1%96%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F
9. <https://physiokit.com.ua>

10. <https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/1/9256/0269.jpg?sequence=1&isAllowed=y>
11. <https://repository.tdmu.edu.ua/bitstream/handle/1/9291/0279.jpg?sequence=1&isAllowed=y>

Методичні рекомендації

Труш Роман Васильович
Кирилюк Вікторія Василівна

Сучасні методики фізичної терапії
«Сучасні методики фізичної терапії»,
Третій курс

Видання друкується в авторській
редакції