

*Multidimensională*, 16(1), 326-342. <https://doi.org/10.18662/rrem/16.1/825> Web of Science Core Collection

4. <https://www.5.ua/amp/suspilstvo/chyrlidynh-i-sambo-v-ukrainskykh-shkolakh-iak-pedan-populiaryzuie-fizkulturu-sered-ditei-228847.html>

5. <https://debaty.sumy.ua/news/u-shosttsi-hochut-navchati-cherlidingu-v-shkolah>.

## **ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СПОСОБИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТІВ**

**Тищенко Дарія Юріївна,**

*здобувач першого (бакалаврського) рівня вищої освіти*

*Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка*

**Науковий керівник:** кандидат біологічних наук, доцент **Мироненко С. Г.**

Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є найважливішою медико-соціальною проблемою, що зумовлено їх високою часткою в структурі захворюваності та смертності населення, значними показниками тимчасових трудових втрат і первинної інвалідності.

Інсульт на сьогодні є основною соціально-медичною проблемою неврології. Щорічно в світі церебральний інсульт переносять майже шість мільйонів осіб (за даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на 100 тис. населення), а в Україні більше 125 тис. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 рази перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Варто зазначити, що 35,5% мозкових інсультів спостерігають в осіб працездатного віку. Більшість пацієнтів, які перенесли інсульт, стають інвалідами, а 20-25% із них до кінця життя потребують сторонньої допомоги у повсякденному житті [1, 4].

В Україні тяжкій інвалідності в осіб, які перенесли інсульт, сприяє мала кількість екстрено госпіталізованих хворих (менше 30%), відсутність палат інтенсивної терапії в неврологічних відділеннях багатьох стаціонарів. Українці мало беруть до уваги потребу активної реабілітації хворих (у реабілітаційні відділення і центри переводять майже 20% осіб, які перенесли інсульт). Загалом інсульт посідає друге місце серед причин смерті (після гострих недуг серця), при цьому смертність у чоловіків вища, ніж у жінок. На початку XXI ст. в Україні відзначено тенденцію до зниження смертності внаслідок інсульту, проте в інших країнах (у США і Західній Європі) воно більш суттєве у зв'язку з активним лікуванням артеріальної гіпертензії і зменшенням споживання продуктів із високим вмістом холестерину. Інсульт на сьогодні є основною причиною інвалідизації населення. Інвалідами стають 70-80%, які вижили після інсульту, а 20-30% із них потребують постійної сторонньої допомоги [1, 4].

Мета дослідження – охарактеризувати різновиди інсультів, причини їх виникнення, розкрити сучасні підходи щодо факторів виникнення інсульту.

Інсульт перебігає в такий спосіб: кровоносні судини в мозку стискаються, закупорюються або розриваються. Через відсутність постачання кисню частина клітин мозку некротизується (відмирає). Організм у результаті втрачає ряд важливих функцій, за які відповідали загиблі клітини. Інсульт може призвести до порушень мови, координації рухів, рухливості кінцівок або навіть викликати параліч. Оскільки ураження клітин відбувається дуже інтенсивно, тому важливо якомога швидше доправити пацієнта в лікарню [2, 3].

За механізмом розвитку медики виділяють три види інсульту [3].

*Ішемічний інсульт*, або інфаркт мозку спостерігають найчастіше. Як правило, до інсульту цього типу схильні особи старше 60 років. У більшості таких пацієнтів спостерігають цукровий діабет, порушення серцевого ритму, вади серця. Він може трапитися, наприклад, через утворення атеротромботичної бляшки або тромбу в мозковій артерії, що закривають прохід у судині. В результаті мозковим клітинам не вистачає кисню, і вони гинуть.

*Геморагічний інсульт*. Викликаний крововиливом. Поділяють на внутрішньомозковий і субарахноїдальний. Перший зазвичай діагностують у пацієнтів віком 45-60 років. До нього схильні хворі на церебральний атеросклероз, гіпертензію, артеріальну гіпертензію, захворювання крові. Такого типу інсульти спостерігають рідше, ніж ішемічні, але становлять велику загрозу для життя і здоров'я. У процесі внутрішньомозкового крововиливу розривається стінка дефектної артерії. Це може трапитися через аневризми (випинання стінки артерії), порушення цілісності її судинної стінки внаслідок атеросклерозу. Спровокувати подібний інсульт здатне підвищення артеріального тиску. *Субарахноїдальний інсульт* – це крововилив у субарахноїдальний простір – порожнина між м'якою і павутинною мозковими оболонками головного і спинного мозку, заповнена спинномозковою рідиною. Такий інсульт найчастіше виникає у пацієнтів віком 30-60 років. Викликати його може паління, хронічний алкоголізм або разове вживання алкоголю в надмірних кількостях. Також факторами ризику є артеріальна гіпертензія, надмірна маса тіла та інші відхилення.

*Транзиторна ішемічна атака, або міні-інсульт*. Нетривале блокування припливу крові до мозку, триває не більше п'яти хвилин. У цей період проявляються всі ознаки звичайного інсульту: запаморочення, порушення координації рухів і мови, оніміння одного боку тіла. Пацієнт може навіть не зрозуміти, що переніс міні-інсульт, оскільки всі функції досить швидко відновлюються. Однак подібна «атака» небезпечна тим, що якщо не взяти здоров'я під контроль, то протягом півроку може трапитися інсульт із більш тяжкими наслідками, тому подібні явища необхідно вважати «попередженням».

Особливостями невідкладних станів при гострому порушенні мозкового кровообігу на відміну від невідкладних станів при гострих захворюваннях інших органів і систем є швидко наступаючі зміни свідомості, життєво важливих функцій, порушення гуморального гомеостазу, а також грубі порушення черепної іннервації, моторики, чутливості та координації.

Фактори ризику розвитку гострих порушень мозкового кровообігу можна поділити на три групи [2, 3].

1. Немодифіковані (незмінні) фактори ризику: вік (зі збільшенням якого ризик інсульту, особливо ішемічного, значно збільшується); чоловіча стать (чоловіки більш схильні до захворювань серцево-судинної системи, співвідношення до жінок 3:1); генетична схильність до деяких захворювань (наприклад, підвищеного артеріального тиску, цукрового діабету, ожиріння).

2. Модифіковані (що піддаються корекції) фактори ризику: артеріальна гіпертензія; атеросклероз судин головного мозку; ішемічна хвороба серця (інфаркт міокарда в анамнезі); ураження серцевих клапанів / ревматичне ураження мітрального клапана; кардіоміопатії; цукровий діабет; куріння; інсульт або транзиторні ішемічні атаки в анамнезі; гіперхолестеринемія (підвищений вміст холестерину); зловживання алкоголем.

3. Потенційно модифіковані фактори ризику: дієта; ожиріння; малорухливий спосіб життя; емоційний стрес; алкоголь; зловживання наркотиками; коагулопатія; приймання естрогенвмісних препаратів; активний запальний процес; безсимптомний стеноз сонних і хребетних артерій [1].

При поєднанні двох і більше факторів ризик розвитку інсульту значно збільшується. Людям, близькі родичі яких перенесли інфаркт або інсульт у молодому або середньому віці, потрібно приділяти підвищену увагу профілактиці серцево-судинних захворювань. Варто мати на увазі, щоб домогтися значного зниження частоти інсультів тільки зусиллями, спрямованими на виявлення і лікування групи високого ризику, неможливо. Необхідна цілеспрямована пропаганда здорового способу життя і раціонального харчування, поліпшення екології і т.д. Лише поєднання профілактики в групі високого ризику з популяційної стратегії профілактики дозволить зменшити захворюваність і смертність від цереброваскулярних хвороб.

Причиною інсультів є функціонально-динамічні ангіодистонічні (судинні) розлади загальної і особливо регіональної мозкової циркуляції крові. Основними патогенетичними факторами є артеріальна гіпертензія і гіпертонічні кризи, при яких виникають спазми або паралічі мозкових артерій і артеріол.

### Список використаних джерел

1. Yuhimchuk, N. V. (2018). Види інсульту. Як виникає і як можна застерегтися від інсульту. *Медсестринство*. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2018.1.9104>.

2. Інсульт: реабілітація – (xavron.com.ua).
3. Козьолкін О. А. Реабілітація хворих на мозковий інсульт : навч. посіб. для самостійної роботи лікарів-інтернів за спеціальністю «Неврологія», «Загальна практика – сімейна медицина», лікарів-неврологів, сімейних лікарів. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 87 с.
4. Сайт Міністерства охорони здоров'я України. Як реабілітують пацієнтів після інсульту (moz.gov.ua).

## **ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СИЛОВИХ ЗДІБНОСТЕЙ В УЧНІВ СТАРШИХ КЛАСІВ**

**Тур Олександр Іванович,**

*здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти*

*Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка*

**Науковий керівник:** доктор педагогічних наук, професор **Хоменко П. В.**

Проблема базової силової підготовки школярів та учнівської молоді в наш час викликає особливий інтерес у зв'язку з виразними змінами у соціальних, екологічних та економічних умовах життя суспільства. Однак розробка науково обґрунтованих методичних рекомендацій з широким застосуванням різних методів базової фізичної підготовки, починаючи з першого класу, де термінується певним дефіцитом наукових досліджень.

Сила є важливою фізичною якістю людини; найчудовіше у характеристиці сили (відповідно до законів руху Ньютона) – це можливість її точної кількісної оцінки. Тобто можна говорити не лише про певну взаємодію фізичних тіл, але й про вимірювання ступеня цієї взаємодії. Кількісна міра впливу тіл одне на одне в механіці називається силою.

Якщо в механіці сила – кількісний показник, то в фізіології поняття сили м'язів, як кількісна міра, приймає якісну інформативність. Рухові акти людини характеризуються цілою низкою якісних проявів, з яких достатньо обґрунтовано вивчалися сила, швидкість та витривалість. Ці аспекти рухового акту завжди в певній мірі взаємопов'язані один з одним. Однак у педагогічній практиці цей фактор часто мало кого турбує. Наприклад, за виконанням таких тестів, як згинання рук на перекладині або згинання та розгинання рук у положенні лежачи на підлозі судять не про рівень силової витривалості, а про силу людини [1].

Якісні аспекти рухової активності людини проявляються у вдосконаленні регуляції діяльності м'язів та вегетативних органів. При короткотривалих, швидкісних та силових рухах переважне значення належить вдосконаленню регуляції діяльності нервово-м'язової системи. При більш тривалій роботі, поряд із вдосконаленням рухових функцій, великого