

Також для людей похилого віку рекомендовані такі варіанти фізичної рекреації: ерготерапія в полегшеному режимі (робота з картоном, змотування ниток, виготовлення іграшок); ерготерапія, що підтримує силу та витривалість м'язів верхніх кінцівок (ліплення); ерготерапія, що зберігає дрібну моторику пальців рук, підвищення їх чутливості (в'язання, плетіння, друкування). Популярними також є садові роботи. У цьому випадку людина похилого віку тривалий час знаходиться на свіжому повітрі. Цей фактор позитивно впливає на дихальну систему і служить профілактикою легеневих захворювань.

Для оцінки ефективності заходів фізичної рекреації використовуються шкали оцінки рівня функціонування:

- вимірюють можливість повного тілесного самообслуговування і користування предметами побуту;
- вимірюють локально ті функції, розлад яких призводить до порушення життєдіяльності;
- поєднують вимір повсякденної активності та рольових обмежень.

У людей з переважно малорухливим способом життя виникає високий ризик падінь. Порушення рухових функцій і ходи поступово призводить до такого рівня зниження фізичних функцій, коли виконання найпростіших обов'язків повсякденному житті стає важким, а потім і неможливим. В умовах значного зниження фізичної сили, витривалості і м'язової працездатності, а відповідно і погіршення рухових функцій, коли людина спіткнеться або посковзнеться, він вже не в змозі утриматися від падіння. М'язова слабкість є значним фактором ризику падінь, так само як і порушення ходи, рівноваги чи використання допоміжних пристосувань для ходьби. До підвищення ризику ведуть будь-які функціональні порушення нижніх кінцівок (зниження сили м'язів, ортопедична патологія або порушення чутливості). Труднощі вставання з сидячого положення також пов'язана з підвищеним ризиком падіння.

**Висновки.** Отже, корисний ефект фізичної рекреації полягає в тому, що літня людина повертається до активної діяльності, яка підвищує життєвий тонус і є природним стимулятором практично всіх процесів в організмі. При цьому пацієнт починає відчувати почуття корисності і потрібності. За рахунок цього в нього зникає відчуття розгубленості і ущербності. Відсутність таких відчуттів дозволяє зупинити процес розвитку хронічних захворювань. Заняття працею розкриває перед особами похилого віку перспективу відновлення здатності спілкування в процесі праці, формує усвідомлення причетності до спільної діяльності.

## **ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ КЛАСИФІКАЦІЇ ТА ШКАЛИ ВЕЛИКИХ МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ**

Петренко А. В.

Науковий керівник: Таможанська Г. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

nastya57574@gmail.com

**Актуальність.** Більше як у 90 тис. дітей проблема соціальної дезадаптації пов'язана з патологією нервової системи. Створений європейський реєстр дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) у 1998 році (SCPE - The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe)

підтверджує актуальність даної проблеми та необхідність розвитку різноманітних досліджень в цій галузі з метою покращення реабілітації дітей з ДЦП.

Дитячий церебральний параліч – це ураження головного мозку, яке проявляється порушенням рухів, рівноваги та положення тіла. Прояви захворювання різноманітні, і відповідають тяжкості стану дитини з ДЦП. Основними є рухові синдроми (парези, паралічі, гіперкінези, атаксія), вони можуть поєднуватися з психічними та розумовими порушеннями. Також у дитини можуть спостерігатися епілептичні напади, патології зору, слуху та інших органів і систем. Тому реабілітаційні заходи повинні бути направлені на корекцію не лише рухових порушень, але й супутньої симптоматики, які виникають у дітей з органічним ураженням нервової системи.

**Мета роботи.** Проаналізувати та оцінити ефективність застосування Класифікації та Шкали великих моторних функцій у дітей зі спастичними формами дитячого церебрального паралічу.

**Матеріали та методи.** Аналіз фахової літератури; вивчення та узагальнення вітчизняної та зарубіжної практики; методи збору емпіричної інформації: спостереження, опитування (анкетування вихователя) і використання Класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) та Шкали великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure - GMFM).

**Отримані результати.** Провівши оцінювання за Класифікацією великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) та Шкалою великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure) встановлено рівень функціонального розвитку дитини та позитивну динаміку змін загальної рухової функції.

В рамках клінічного випадку проаналізовано та оцінено ефективність застосування Класифікації і Шкали великих моторних функцій щодо широкого спектру рухових можливостей у дітей зі спастичними формами ДЦП для розробки подальшого реабілітаційного втручання.

Згідно дослідженню, у хлопчика IV рівень за Класифікацією великих моторних функцій. Діти IV рівня у віці 8 років переважно залишаються на попередньому рівні розвитку, тобто можуть підтримувати функціональні можливості, досягнуті до 6-річного віку: сидять на стільці, але потребують адаптації до положення сидячи та для управління положенням корпусу з метою максимізації функції рук; для виходу із положення сидячи на стільці їм потрібна стороння допомога дорослих. Іноді діти можуть проходити коротку відстань з ходунками, під наглядом дорослих, але при нерівній поверхні в них виникають труднощі при повороті і збереженні рівноваги. На цьому рівні діти можуть пересуватися самостійно використовуючи електричну інвалідну коляску.

Вдома можуть пересуватися за допомогою крісла-каталки, а в громадських місцях можуть пересуватися самостійно за допомогою електричної інвалідної коляски.

Якщо розглядати відмінності з попереднім, більш високим рівнем моторних навичок (рівень III), діти і підлітки IV рівня можуть сидіти (зазвичай з підтримкою), але самостійне пересування обмежене. Діти і підлітки IV рівня частіше транспортуються в інвалідній колясці з самоініційованим рухом або в інвалідній колясці з електронним управлінням. На III рівні діти та молодь сидять самостійно чи, як максимум, потребують незначної підтримки, а на IV рівні вони можуть сидіти (зазвичай з підтримкою), але самостійне пересування обмежено. Також діти III рівня пересуваються за допомогою допоміжних засобів та є більш незалежними під час переміщення в положенні стоячи тоді, як діти IV рівня пересуваються на інвалідній колясці.

При розгляді відмінностей з наступним, більш низьким рівнем моторних навичок (рівень V), можемо зазначити, що діти V рівня мають значні обмеження контролю рухів

голови та тулуба, потребують використання різних допоміжних технологій і фізичної допомоги. Самостійне пересування можливе лише за допомогою інвалідної коляски з електронним управлінням.

Остаточний результат за Шкалою складає 40%. Цей цільовий бал показує нам, які функціональні навички потрібно вдосконалити, а також дає можливість розвивати нові потрібні рухові дії, які допоможуть дитині в майбутньому. Наприклад тренувати положення сидячи або вивільнивши руки, щоб в подальшому дитина мала можливість керувати електричною інвалідною коляскою. Шкала великих моторних функцій дозволяє підвищити репрезентативність оцінки з метою виявлення важливих змін в динаміці протягом відповідного часу.

**Висновки.** Діти з ДЦП потребують довготривалого процесу реабілітації, в якому важливо періодично спостерігати, проаналізувати та оцінювати функціональні можливості. Для цього існують різноманітні функціональні тести та оцінки, спеціальні класифікації та шкали. Однією з найпоширенішими є Система класифікації великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) та Шкала великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure).

## **ОБГРУНТУВАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ІНФОРМУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ВИБОРУ ПОЛІВІТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ**

Полторацька С.С., Белік Г.В.

Науковий керівник: Куценко Т.О.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна  
pharmac@ukr.net

**Актуальність.** На сьогодні на фармацевтичному ринку України наявний широкий вибір (понад 200 найменувань з урахуванням біологічно активних добавок до раціону) полівітамінних препаратів, що розроблені як вітчизняними, так і закордонними фірмами-виробниками. Дані препарати відрізняються якісним і кількісним складом, джерелом одержання вітамінів, лікарською формою тощо. Відомо, що багато з таких препаратів можуть використовуватись з профілактичною метою практично здоровими людьми, у зв'язку з чим постає питання про необхідність оптимального індивідуального вибору препарату у кожному конкретному випадку.

З доступних нам та проаналізованих джерел літератури відомо, що далеко не завжди призначення полівітамінів відбувається шляхом консультації з лікарем або навіть з фармацевтом – вибір здійснюється самостійно. В той же час є дані про різні підходи до вибору препарату пересічними громадянами, доцільність яких також у низці випадків є сумнівною, не дивлячись на існування науково обґрунтованих принципів.

**Мета роботи.** Вивчення та аналіз критеріїв вибору полівітамінних препаратів споживачем задля визначення необхідності підвищення обізнаності населення про названу групу препаратів.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети та вирішення завдань дослідження була розроблена анкета для відвідувачів аптек «Оцінка обізнаності населення щодо принципів раціонального вибору полівітамінних лікарських засобів», що складалася з трьох частин та містила 32 запитання. До анкетування залучали усіх бажаних повнолітніх відвідувачів аптеки.

Перша частина анкети містила питання з бібліографічними даними (вік, стать, місце проживання, рівень освіти та наявність у респондента медичної чи фармацевтичної освіти).