

**ВІД ТЕОРІЇ ДО ПРАКТИКИ:**  
*навчально-методичне забезпечення здорового способу життя.*

УДК: 616.831–005.1–036.12–02

**ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЛЮВАЛЬНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ  
ПРОГРАМИ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ**

- Л.В. Андріюк, Т.П. Гарник, А.В. Єрмолаєва, Н.В. Мацко, О.В. Гдиря
- *Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Кафедра реабілітації та нетрадиційної медицини*

Формування гормонального дефіциту, психоемоційна нестабільність та вегетативні дисфункції, порушення діяльності серцево-судинної та інших провідних систем організму, а також суттєві зміни метаболізму, можуть негативно впливати на стан здоров'я та сприяти розвитку атеросклеротичного процесу. Основою для розробки комплексної програми фізичної реабілітації даної категорії хворих були результати аналізу наукової літератури та первинного обстеження пацієнток з хронічною ішемією мозку, що виявили значні порушення в функціонуванні організму та недостатню ефективність існуючих програм лікувально-оздоровлювальної реабілітації.

При розробці комплексної програми фізичної і медичної реабілітації були враховані наступні принципи: ранній початок; безперервність; комплексність; індивідуалізація.

Для підвищення ефективності відновлення порушених функцій у пацієнтів з хронічною ішемією мозку було розроблено комплексну програму фізичної і медичної реабілітації, яка включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГТ) загальнозміцнюючої спрямованості; лікувальну гімнастику (ЛГ) з використанням дихальних вправ, вправ на зменшення головокружіння, на покращення церебрального та периферійного кровообігу, окорухові вправи, координаційні, вправи постізометричної релаксації (ППР), а також елементи фітнес-технологій (йоги та пілатесу); модифіковану методику масажу (сегментарно-рефлекторний шийно-комірцевої ділянки, волосної частини голови, точковий масаж обличчя та голови, аурикулярний самомасаж, самомасаж кистей та стоп); фізіотерапію з використанням електрофорезу лікарських речовин (магнію та еуфіліну); аутогенне тренування за модифікованою методикою; спеціальну освітню програму.

Комплексна програма охоплювала перший (стаціонарний) етап лікарняного періоду реабілітації та другий (амбулаторно-поліклінічний) - постлікарняного періоду. На кожному етапі реабілітації вибір засобів відновлення та їх дозування визначалися з урахуванням стадії та періоду перебігу захворювання і режиму рухової активності, що дозволяло здійснювати більш адекватний вплив на організм хворих.

Стаціонарний етап реабілітації розпочинався з першого дня госпіталізації та включав ліжковий, напівліжковий й вільний режими рухової активності, при кожному з яких послідовно виконувалися певні окремі завдання.

При ліжковому режимі застосовувалась лікувальна гімнастика, з виключно індивідуальною формою занять, які проводились - 1 раз на добу (вранці), малої інтенсивності. Тривалість заняття - 10-15 хв. Лікувальний масаж виконувався щадно, через 15 хв. після лікувальної гімнастики. Для нормалізації психоемоційного стану протягом дня із хворими проводились індивідуальні психолого-педагогічні бесіди.

Протягом напівліжкового режиму щоранку застосовувалась ранкова гігієнічна гімнастика тривалістю 5-7 хв, з використанням загальнозміцнюючих вправ. Через 15 хв здійснювався сегментарно-рефлекторний масаж шийно-комірцевої ділянки та волосяної частини голови та точковий масаж обличчя і голови, ще через годину після масажу проводили електрофорез лікарських речовин (магнію і еуфіліну) на шийно-комірцеву ділянку (через день). Лікувальна гімнастика доповнювалась: вправами з елементами дихальної гімнастики йоги, окоруховою гімнастикою, ідеомоторними вправами та вправами для зменшення головокружіння і здійснювалась 2 рази на день, тривалістю 15-20 хв. Додатково використовувалась ходьба на місці в середньому темпі. Щоранку проводили аутогенне тренування за модифікованою методикою.

Засоби реабілітації в вільному режимі доповнювались певними формами масажу (самомасажем кистей та стоп) та опануванням навичок самоконтролю основних фізіологічних параметрів. Через 15 хв. після РГГ (тривалістю 8-10 хв.), застосовувався сегментарно-рефлекторний масаж, після якого (через годину) проводили електрофорез магнію та еуфіліну. Лікувальна гімнастика проводилася двічі на день тривалістю 20-27 хв. хворі продовжували виконувати аутогенне тренування. Інформаційно-педагогічні бесіди було спрямовано на формування умінь і навичок самоконтролю основних фізіологічних параметрів провідних систем організму.

Відмінністю амбулаторно-поліклінічного етапу було використання більш інтенсивного блоку вправ комплексної програми у відповідності з щадним режимом рухової активності та даним етапом реабілітації. тривала 10-15 хв. лікувальна гімнастика проводилася 3 рази на день, тривалістю 30-35 хв. Через 15 хв. після неї застосовувався самомасаж, ще через годину використовували електрофорез, як і в попередньому режимі. Щоранку пацієнти продовжували виконувати аутогенне тренування за модифікованою методикою. Для підвищення мотивації та прихильності хворих до підтримки здорового способу життя проводилися групові інформаційно-педагогічні бесіди.

Відмінністю запропонованої програми від загальноприйнятої є комплексний підхід з використанням окорухової гімнастики, ідеомоторних вправ, спеціальних вправ для попередження запаморочення, елементів гімнастики йоги та Пілатес, модифікованих методик масажу і аутогенного

тренування, фізіотерапевтичних процедур та спеціальної освітньо-інформаційної програми, що знайомить пацієнтів з факторами ризику розвитку і прогресування захворювання, методами самоконтролю стану організму, а також з урахуванням статі, віку, стадії та періоду перебігу захворювання, етапу реабілітації й режиму рухової активності.

Таким чином, нами було розроблено комплексну програму фізичної реабілітації хворих з хронічною ішемією мозку, яку було спрямовано на підвищення ефективності відновного лікування даного контингенту хворих. Розроблену програму представлено у вигляді двох блок-схем для стаціонарного та амбулаторно-поліклінічного етапів.

УДК615.32:378.018.46

## ВИКЛАДАННЯ ФАРМАКОГНОЗІЇ НА ФАКУЛЬТЕТІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

- **<sup>1</sup>І.М. Білай**, д.мед.н., проф., зав. каф.клін.фармац.,  
фармакотерап., фармакогн. та фармац. хімії
- **<sup>2</sup>А.О. Остапенко**, к.фармац..н.,  
*<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет*  
*<sup>2</sup> Запорізька медична академія післядипломної освіти*

Фармакогнозія – це наука про лікарські рослини, рослинну сировину, продукти переробки рослин та тварин. Для поглиблення знань з цієї фармацевтичної дисципліни проводяться лекції, практичні та семінарські заняття на факультеті післядипломної освіти для фармацевтів-інтернів. Для збереження якості освітнього процесу по фармакогнозії було розроблено професійно-орієнтоване навчання, основане на методичному забезпеченні навчання фармакогнозії та практична робота фармацевтичних спеціалістів. Свідоме професійне мислення фармацевтів-інтернів на практиці є основою навчання і формування практичного досвіду для того, щоб їх використовувати у подальшій професійній діяльності. Практична частина була присвячена ситуаційним задачам, завданням, які наближували до конкретної практичної ситуації, були спрямовані на самостійне їх розв’язання. У навчальному процесі під час карантину основними напрямками навчання були новітні інформаційні технології: вивчення електронних ресурсів по фармакогнозії; запровадження он-лайн курсів на платформі edX, яка базується на хмарних сервісах Azure; використання додатків MS Teams та Forms по програмі Office 365, а також технології Skype. Інформаційний освітній об’єкт кафедри, який оснований на новітніх технологіях, поєднує методичні розробки та інформаційний матеріал. Виділяють такі структурні розділи: текстові інформації, текстові