

Велика частина медичних даних фіксується в різноманітних документах (наприклад, історія хвороби, направлення на дослідження, результати аналізу, рецепт, звіт про діяльність медичної установи, реферат статті медичного журналу тощо). Звичайні медичні документи не придатні або мало придатні для автоматизованої обробки.

Медичний документ, як правило, має складну структуру: багато розділів, пунктів, таблиць тощо. Вони створюються у вигляді стандартизованих історій хвороб, карт етапних епікризів, карт по окремих видах досліджень, паспортів установ охорони здоров'я. Всі ці документи мають певну форму, тобто внутрішню структуру, що відображає будову, зв'язок і спосіб взаємодії частин елементів об'єкту або явища, інформація про які фіксується в даному документі. Фахівець повинен вміти заповнити відповідні стандартні форми медичних документів.

Як правило, в медичних документах фіксуються такі дані, як:

— паспортно-демографічні — відомості про прізвище, ім'я, по-батькові хворого, рік і місце народження, про характер роботи, про родичів;

— дані про структуру і функцію медичних установ, що відображають основний процес медичної установи; для лікувальної установи це, наприклад, дані щодо можливих в даній установі лабораторних та інструментальних методів досліджень;

— статистично-управлінські дані, що становлять основу для подальших розрахунків показників державної медичної статистики (наприклад, структура установи) і показників, що характеризують роботу лікаря, або відділення та установи в цілому; сюди відносяться показники точності постанови діагнозів (відповідно класифікації ВООЗ), тривалості перебування в стаціонарі, ступеня відновлення працездатності, розбіжності в діагнозах;

— планові показники, дані про господарську і бухгалтерську діяльність медичних установ.

Комп'ютерні бланки медичних інформаційних документів звичайно містять дві частини: пояснення і зміст. У частину пояснення включається описова і пояснювальна інформація, що полегшує заповнення документа, але не вводиться в ПК. В змістову частину включаються необхідні дані, коди, службові знаки, відведені місця для внесення необхідних записів. Для зручності роботи обидві частини в документі розділено. Документ заповнюється лікарем.

Медичні документи як носії інформації, що містять початкові дані у впорядкованому вигляді і придатні для звичайного використання та для підготовки даних до введення в ПК, складають основу інформаційної бази різних комп'ютерних систем. Інформаційний документ відрізняється від звичайного медичного документа тим, що в ньому поєднуються дві функції: функція звичайного документа та функція збору і підготовки даних для введення в комп'ютер. Таким документам притаманні безперечні переваги: скорочується час підготовки початкової інформації, виключається додаткова робота по її переписуванню; зменшується кількість помилкових записів; спрощується контроль за проходженням документа в процесі його обробки.

Інформація в медичній сфері є важливим ресурсом, що вона дозволяє правильно орієнтуватись у конкурентному середовищі, яке постійно змінюється, прогнозувати і аналізувати його, планувати найбільш доцільні управлінські дії, організувати і контролювати їх виконання обліковувати, розраховувати тощо.

Список використаної літератури:

1. Артамонова Н. О. Деякі шляхи розвитку системи управління науковою медичною інформацією (частина друга) // Вісн. Кн. палати. – 2007. — № 9. — С. 31-38.
2. Большая медицинская энциклопедия / Гл. ред. акад. Б. В. Петровский. — М.: Сов. энциклопедия, 3-е изд. — 1980, Т. 14. — 496 с.
3. Венгер О. П. До питання вирішення проблем вивчення основ доказової медицини / О. П. Венгер, С. В. Білоус, Я. М. Нестерович, Р. М. Гнатюк // Проблеми сучасного медичного наукознавства: матер. наук.-практ. конф., 18-19 травня 2006 р. — Тернопіль, 2006. — С. 24-26.

Христова Тетяна Євгенівна, д.б.н., професор кафедри теорії і методики фізичного виховання та спортивних дисциплін Мелітопольського державного педагогічного університету імені Б. Хмельницького,
Безуглий Андрій Анатолійович, студент I курсу магістратури Мелітопольського державного педагогічного університету імені Б. Хмельницького

РУХОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ 9-12 РОКІВ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ МЕТОДАМИ КОРИГУЮЧИХ ВПРАВ

На сьогодні спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей з наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП), які страждають порушеннями опорно-рухового апарату. Найбільш частою формою патології при цьому захворюванні є спастичність м'язів, яка обумовлюється розвитком контрактур, порочних установок і деформацією опорно-рухової системи [1, с.63]. У підлітків з наслідками ДЦП страждає не тільки центральна нервова система, але й нервово-м'язовий апарат кінцівок, що призводить до різних за важкістю патологій кінцівок і інвалідності дитини, тим самим ускладнює адаптацію до умов зовнішнього середовища, соціуму, негативно впливає на емоційну сферу та інтелект [2, с.85].

Мета дослідження: з'ясувати особливості формування рухових навичок у дітей із ДЦП різних нозологічних форм на основі використання найбільше ефективних положень тіла.

Дослідження проводились у Центрі комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю Мелітопольської міської ради Запорізької області. В експерименті брали участь 62 дитини (41 хлопчик, 21 дівчина) 9-12 років з ДЦП.

Нами був розроблений комплекс фізичних вправ у різних вихідних положеннях (стоячи, сидячи, лежачи) профілактичної та коригуючої спрямованості в залежності від лікарських показань та протипоказань для дітей з діагнозом ДЦП за нозологічними формами. Профілюючими вправами для дітей, хворих на ДЦП, є спеціальні вправи на розвиток гнучкості, сили, координації. Вибір фізичних вправ коригуючої гімнастики був спрямований на зниження можливих дефектів відносно кожної форми.

Аналіз науково-методичної літератури та узагальнення практичного досвіду дозволили виявити особливості патологічного стану дітей-інвалідів та зупинитися на трьох формах ДЦП: спастична диплегія, геміпаретична форма, гіперкінетична форма.

Експериментальним шляхом було встановлено, що клієнти мали різні показники ефективності виконання вправ в залежності від вихідного положення: в положенні стоячи ефективність виконання коригуючих вправ складала 17%, сидячи - 36%, лежачи - 47%.

При виборі найбільш вигідних вихідних положень за спастичної диплегії нами рекомендується застосовувати: стоячи – загальноорозвиваючі вправи з метою формування опірності, рівноваги; сидячи – спеціальні коригуючі вправи для кінцівок; лежачи – спеціальні вправи для кінцівок, силові вправи для зміцнення м'язів спини, вправи на розтягнення, ротацію.

При геміпаретичній формі нами доведена доцільність використання таких фізичних вправ: стоячи – загальноорозвиваючі вправи для збільшення опірності (повільний темп), корекції асиметрії, утримання рівноваги; сидячи – спеціальні вправи для рук, ніг (силові, зниження м'язового тону, асиметричні вправи), на координацію; лежачи – вправи для корекції асиметрії кінцівок, зміцнення м'язової сили та постави, вправи на розтягнення, координацію.

При гіперкінетичній формі необхідно віддавати перевагу таким видам коригуючих вправ: стоячи – загальноорозвиваючі та загальноорозвиваючі вправи (з використанням предметів), вправи на рівновагу та координацію; сидячи – спеціальні ізотонічні вправи для кінцівок, вправи на розслаблення м'язових груп, зниження м'язової напруги, зміцнення основних м'язових груп, усунення неконтрольованих рухових актів; лежачи – вправи на розтягнення, розслаблення м'язових груп, зниження м'язового тону, корекцію тонічних рефлексів, дозоване розслаблення м'язових груп.

Найбільш раціональним є розподіл фізичних вправ коригуючої гімнастики для дітей 9-12 років із захворюванням ДЦП у наступному обсязі: при спастичній диплегії: стоячи - 20%, сидячи - 50%, лежачи - 30%; при геміпаретичній формі: стоячи - 30%, сидячи - 40%, лежачи - 30%; при гіперкінетичній формі: сточи - 20%, сидячи - 30%, лежачи - 50%.

Якість виконання тестових завдань визначалась за ступенем порушення рухових функцій дітей з ДЦП. Два бали – рухи активні, але з порушенням рухових функцій. Один бал – рухи тільки з допомогою.

У результаті дослідження рухових порушень у досліджуваних, два бали одержали 56 клієнтів. Один бал одержали 6 дітей. На початку експерименту рівні рухових навичок дітей 9-12 років з порушенням опорно-рухового апарату не мали достовірних відмінностей. Вивчення рівня розвитку рухових навичок дітей цього віку з наслідками ДЦП виявило різницю в залежності від особливостей прояву нозологічних форм (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень розвитку рухових навичок дітей 9-12 років з ДЦП до експерименту

Показники	Спастична диплегія	Геміпарез	Гіперкінез	p
Метання м'яча (10 спроб)	5,2±0,7	4,2±1,0	1,9±1,6	<0,05
Збирання предметів за 1 хв. (30 шт.)	16,2±0,1	15,2±0,2	10,1±2,5	<0,05
Присідання за 1 хв.	13,2±1,7	12,7±1,3	10,5±2,5	<0,05
Стрибки за 1 хв.	14,0±1,8	12,2±1,3	8,3±1,3	<0,05

Враховуючи ступінь порушення рухових можливостей дітей з особливими потребами, можна констатувати, що використання найбільш вигідних вихідних положень при виконанні фізичних вправ сприяє прояву їх максимальних фізичних можливостей і найбільш ефективному сприйняттю та виконанню тренувальних завдань.

Результати тестування дітей 9-12 років з ДЦП після експерименту показують, що незважаючи на важкість прояву форм захворювання спостерігається позитивна динаміка збільшення рухових навичок дітей за нозологічними формами (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка збільшення рухових навичок у дітей 9-12 років за нозологічними формами ДЦП

Показники	Спастична диплегія	Геміпарез	Гіперкінез	p
Метання м'яча (10 спроб)	24%	21%	12%	>0,05
Збирання предметів за 1 хв. (30 шт.)	26,7%	21,3%	18%	<0,05
Присідання за 1 хв.	15,6%	14,4%	13,6%	>0,05
Стрибки за 1 хв.	24%	19,2%	15,2%	<0,05

Встановлено, що у вправі «метання м'яча» у дітей зі спастичною диплегією і геміпаретичною формою після експерименту спостерігається приріст показників на 24% і 21%. У дітей з гіперкінетичною формою показник до експерименту був нижче у два рази у порівнянні зі спастичною диплегією і геміпаретичною формою, що пов'язане з високою тонічною напруженою м'язів. Після експерименту цей показник збільшився на 12%.

Показники тесту «збирання предметів» у дітей зі спастичною диплегією збільшилися на 26,7%, геміпаретичною формою – на 21,3%, гіперкінетичною формою – на 18%.

При виконанні присідань в експериментальній групі спостерігалось збільшення показників. У дітей з геміпаретичною формою після експерименту були незначні відмінності в порівнянні з показниками дітей зі спастичною диплегією і гіперкінетичною формою. Складність виконання тесту у дітей з геміпаретичною формою пов'язана з наявною асиметрією, з гіперкінетичною формою – з тонічною напруженою м'язової системи.

При виконанні стрибкових вправ у дітей зі спастичною диплегією відзначено найбільше збільшення показників, у порівнянні з геміпаретичною і гіперкінетичною формами. У дітей з геміпаретичною і гіперкінетичною формами також спостерігається збільшення показників, при $p < 0,05$.

На основі проведеного експерименту можна зробити такі висновки.

1. Засобами корекції рухових порушень у дітей з наслідками ДЦП є спеціально підібрані фізичні вправи для кожної нозологічної форми.
2. Дослідження рівня розвитку рухових навичок дітей 9-12 років з ДЦП виявило відмінності при виконанні тестових завдань залежно від особливостей прояву нозологічних форм.
3. Встановлено, що використання найбільш зручних вихідних положень залежно від рухових порушень дітей-інвалідів з наслідками ДЦП під час виконання коригуючої гімнастики сприяє прояву їх максимальних можливостей і найбільш ефективному виконанню тренувальних завдань.
4. Найбільш раціональним є розподіл фізичних вправ коригуючої гімнастики для дітей 9-12 років із захворюванням ДЦП у наступному обсязі: при спастичній диплегії: стоячи - 20%, сидячи - 50%, лежачи - 30%; при геміпаретичній формі: стоячи - 30%, сидячи - 40%, лежачи - 30%; при гіперкінетичній формі: стоячи - 20%, сидячи - 30%, лежачи - 50%.
5. Запропонована методика використання найбільш вигідних вихідних положень у коригуючій гімнастиці з дітьми-інвалідами сприяла приросту рухових навичок у клієнтів з наслідками ДЦП.

Список використаної літератури:

1. Слабкий Г.О. Деякі питання реабілітації дітей з церебральними паралічами (аналітичний огляд) / Г.О. Слабкий, О.В. Шевчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. – 2007. – № 1. – С. 62-65.
2. Христова Т.Є. Фізична культура як складова реабілітації дітей з порушенням опорно-рухового апарату / Т.Є. Христова // Науковий часопис національного пед. ун-ту імені М.П. Драгоманова. Серія 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури / Фізична культура і спорт». – 2016. – Вип. 8 (78 К) 16. – С. 85-89.

Червінський Вадим Анатолійович,
студент IV курсу напряму підготовки
«Здоров'я людини» Житомирського
економіко-гуманітарного інституту ВНЗ
«Університет «Україна»

ПОСТІЗОМЕТРИЧНА РЕЛАКСАЦІЯ М'ЯЗІВ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Актуальність. У всьому світі відомо, що не у всіх випадках за допомогою прийомів класичної техніки масажу вдається розслабити м'яз, який знаходиться в стані підвищеного гіпертонусу. За останні 100 років для ліквідації м'язового гіпертонусу (релаксації м'язів) було запропоновано ряд різних оригінальних мануальних технік, частина з яких успішно використовується при фізичному відновленні після травм і захворюваннях опорно-рухового апарату.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Постізометрична релаксація (ПІР) заключається в двофазному впливі на м'яз. Спочатку виконується попереднє пасивне розтягнення м'язів до пружного бар'єру, потім пацієнт виконує активну роботу по вольовому скороченню м'язу протягом 6-10 секунд з інтенсивністю приблизно 5-10 % від максимально можливого. Після чого дається команда розслабитись, і проводиться додаткове розтягнення м'язу також протягом 6-10 секунд.

Мета роботи: Ознайомитись і практично випробувати методику постізометричної релаксації м'язів при травмах і захворюваннях опорно-рухового апарату.

Методи дослідження. Методика постізометричної релаксації м'язів.

Виклад матеріалу. В порядку відновлення історичної справедливості слід підкреслити, що відомий вітчизняний нейрохірург Пуусеп ще в 1906 році описав методику так званого безкровного витягнення сідничного нерва. Описова характеристика цього технічного прийому не залишає сумнівів в тому, що автор запропонував методику релаксації м'язів ішиокруральної групи. Досягнутий лікувальний ефект - релаксації м'язів, згідно з уявленнями того часу, пов'язаний з вивільненням стовбура сідничного нерва з рубців, що формуються в результаті ішіасу. У 1979 році група американських ортопедів описала методику релаксації м'язів під назвою Muscle Energy Procedures (MET). Вона застосовувалася для мобілізації суглобів перед проведенням деблокування (суглобових технік мануальної терапії) і відносилась до категорії мягкотканних технік мануального впливу.