

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

Кафедра Фізичної реабілітації та спортивної медицини

НАУМЕНКО Владислав Олегович

ОБГРУНТУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ У  
РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кваліфікаційна робота бакалавра

Напрямок підготовки 6.010203 Здоров'я людини

Науковий керівник:

Воропаєв Дмитро Сергійович,

кандидат психологічних наук

Суми 2019

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
1 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	6
1.1 Поняття та сутність фізичної реабілітації.....	6
1.2 Методи і засоби фізичної реабілітації.....	10
1.3 Сутність мультидисциплінарного підходу в системі фізичної реабілітації. Особливості формування мультидисциплінарної команди.....	12
2 ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ РІЗНИХ ГРУП ХВОРИХ.....	16
2.1 Мультидисциплінарний підхід до реабілітації після інсульту.....	16
2.2 Мультидисциплінарний підхід до реабілітації дітей з ДЦП.....	18
2.3 Мультидисциплінарний підхід до реабілітації онкологічних хворих.....	23
2.4 Мультидисциплінарний підхід в системі реабілітації пацієнтів з дистрофічним ураженням хребта.....	25
ВИСНОВКИ.....	28
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	29

## ВСТУП

На сьогоднішній день одним з важливих і соціально значущих напрямків сучасної медицини є реабілітація, яка з кожним роком набуває все більшого розвитку, привертаючи увагу значного числа лікарів-дослідників в усьому світі.

Аналіз даних останніх публікацій, семінарів і конференцій, що проводяться з проблем надання допомоги особам з обмеженими можливостями життєдіяльності та різними захворюваннями, свідчить про необхідність перегляду звичного набору технік і методів фізичної реабілітації, підходів в складанні планів втручань і оцінки їх ефективності.

Сучасна модель реабілітації передбачає обов'язкове врахування оцінки ступеня порушення рухових функцій дитини. З огляду на таку оцінку, можна вибрати оптимальний вид і спосіб реабілітації в кожному конкретному випадку.

В даний час в процесі фізичної реабілітації використовується проблемно орієнтований підхід. Аналізуючи конкретного пацієнта, ми бачимо перед собою цілий ряд проблем, і завдання полягає в послідовній оцінці їх важливості і невідкладності. Проблемно орієнтований підхід не змінює кількість проблем, але намічає конструктивний шлях роботи, значно полегшує завдання фахівців, так як спроби одночасно вирішити велику кількість проблем за короткий курс реабілітації зазвичай бувають неефективними.

Заняття з фізичної реабілітації проводяться з постановкою конкретної мети загального плану втручань, з огляду на стан особи на даний час. При виборі виду втручання треба орієнтуватися на дані доказової медицини про ефективність тих чи інших методів для досягнення необхідного результату.

Надання реабілітаційної допомоги хворим має ряд особливостей: етапність, безперервність, наступність, послідовність, максимально ранній

початок, індивідуальність, соціальна спрямованість, активна участь хворого і його родини в реабілітаційному процесі, мультидисциплінарний підхід (комплексність).

Для складання конкретного плану реабілітаційних заходів слід максимально точно представляти цілі проведення реабілітації: відновна (збереження працеспроможності, сприятливий прогноз), підтримуюча (зниження або повна втрата працездатності, адаптація до перебудови функціонування органів і систем) та паліативна (створення сприятливих і комфортних умов існування хворого в процесі прогресування і генералізації хвороби).

Проведення комплексної фізичної реабілітаційної допомоги хворим має включати кілька етапів: підготовчий (розробка індивідуального і найбільш ефективного плану діагностики і лікування, мінімізація ризику ускладнень і рецидиву); лікувальний (проведення реконструктивно-відновлювальних операцій); ранній відновний (розробка комплексних реабілітаційних програм, спрямованих на профілактику і лікування загальних і місцевих ускладнень) і пізній відновний етап (самореабілітацію, соціальна адаптація та відновлення працездатності).

Реабілітація повинна проводитися групою фахівців: лікар, ерготерапевт, психолог, соціальний робітник, фізичний терапевт. Набуваючи таким чином мультидисциплінарний характер.

Дотримання мультидисциплінарного принципу ведення пацієнтів, є одним з найважливіших умов ефективної реабілітації. Для реалізації даного принципу необхідна наявність у відділеннях для лікування хворих стаціонарної, амбулаторної та домашньої реабілітації мультидисциплінарних бригад (МДБ), фахівці яких функціонують не окремо, а як єдина команда з чіткою узгодженістю і координованістю дій, забезпечуючи тим самим цілеспрямований підхід до проведення реабілітаційних заходів.

Таким чином була поставлена мета роботи, яка полягає в розкритті особливостей застосування мультидисциплінарного підходу в системі фізичної реабілітації різних груп хворих.

Об'єктом дослідження є система фізичної реабілітації.

Предметом дослідження є особливості впровадження мультидисциплінарного підходу в системі фізичної реабілітації різних груп хворих.

Для досягнення поставленої мети були позначені наступні завдання:

1. Вивчити поняття та сутність фізичної реабілітації.
2. Дослідити методи і засоби фізичної реабілітації.
3. Проаналізувати сутність мультидисциплінарного підходу в системі фізичної реабілітації та особливості формування мультидисциплінарної команди.
4. Охарактеризувати застосування мультидисциплінарного підходу в системі фізичної реабілітації різних груп хворих.

Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених завдань було використано комплекс методів досліджень: аналіз і синтез, проектування, прогнозування, класифікація.

# РОЗДІЛ 1

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 1.1 Поняття та сутність фізичної реабілітації

Термін «реабілітація» використовується з давніх пір в юридичній практиці стосовно до осіб, відновлених в правах.

У медицині реабілітація (лат. *Rehabilitatio* – відновлення) використовується як комплекс медичних, педагогічних, професійних заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій організму, працездатності хворих. У медичній практиці поняття «реабілітація» вперше застосували офіційно до хворих туберкульозом в 1946 р. у Вашингтоні на конгресі з питань реабілітації цих хворих [5].

Комітет експертів з реабілітації ВООЗ (1963) вважає, що «... реабілітація – це процес, метою якого є попередження інвалідності під час лікування хворого і допомогу йому в досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах конкретного захворювання» [15].

Реабілітація є комплексом реабілітаційних заходів – медичних, психологічних, педагогічних, фізичної культури, соціальних, трудових, які складають єдиний комплекс.

Медична реабілітація спрямована на відновлення здоров'я. Всі лікувальні заходи необхідно починати відразу при встановленні діагнозу і проводити комплексно з використанням всіх засобів, що сприяють підвищенню функціональних можливостей організму – відновне, хірургічне, медикаментозне і санаторно-курортне лікування з використанням фізичної реабілітації на всіх етапах лікування, включаючи і амбулаторний, при активній участі хворого. Тому, медична реабілітація є фундаментом

реабілітаційного процесу. Від її ефективності залежить можливість використання інших видів реабілітації, їх спрямованість, тривалість [19].

Медична реабілітація спрямована на повне або часткове відновлення здоров'я людини і, зокрема, на компенсацію втраченої функції, запобігання інвалідності, підготовку хворих та інвалідів до побутових і трудових навантажень.

Складовою частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація, яка мобілізує функціональні резерви організму, сприяє їх збільшенню і, як наслідок, підвищує фізичний, психологічний потенціал хворого, збільшуючи його працездатність як в побуті, так і на виробництві [23; 52].

Паралельно проводиться психологічна реабілітація, яка полегшує всі види реабілітації, психологічно готуючи хворого на всіх етапах його лікування до необхідності подолання їм складнощів фізичного і психічного впливів, спрямованих на повернення людини до активного життя і трудової діяльності і обумовлюючи при цьому його соціальну реабілітацію [18].

Застосування засобів фізичної активності з профілактичної або лікувальної метою відомо з давніх часів.

Стародавня Греція, Давньоримська держава – їх культура займає особливе місце в історії людства і, зокрема, у розвитку медицини античного світу. Лікарі ще більше двох тисяч років тому вже застосовували фізичні вправи, заняття спортом, водолікування, плавання, дозовані прогулянки на свіжому повітрі. Гіппократ – давньогрецький лікар, «батько медицини» (459-377 рр. до н. е.), знав систему органів руху – кістки, суглоби, м'язи. У своїй праці «Про повітря, води і місцевості» вже аналізував лікувальний і оздоровчий вплив цих природних факторів на хворого. Вчення Гіппократа і лікарів його школи характеризувалося «дорогоцінним почуттям міри» у всіх видах лікування [33].

Асклепіаз (I ст. н. н.) – давньогрецький лікар ввів, який поняття «невидимого дихання» (шкірного) і для його підтримки рекомендував часте

купання, розтирання, пропагував рухи різних видів – ходьбу, біг, їзду верхи, на човні, вважав, що вони сприяють «внутрішньому руху часток» [33].

К. Гален – лікар Римської імперії, який об'єднав в своєму трактаті (180 р н. е.) та систематизував гігієнічні знання стародавніх греків і римлян, стверджуючи, що «... кожен член суспільства, який володіє громадянською свободою, здатний зберегти своє здоров'я, якщо буде вести правильний спосіб життя і уникати шкідливих впливів», підкреслюючи важливість дієти, гімнастики, ванн [44]. У своїй книзі «Мистецтво повертати здоров'я» К. Гален писав: «Тисячі і тисячі раз повертав я здоров'я своїм хворим засобом вправ» [46].

Видатний лікар Сходу Абу-Алі ібн Сіна (Авіценна, 980-1037 рр.) продовжив вивчення впливу фізичних вправ, масажу, дієти, гідропроцедур і лазні для лікування багатьох захворювань, а також з метою їх профілактики [31].

У вітчизняній практиці фізичні вправи і загартовування з метою лікування і профілактики захворювань стали застосовувати в XVIII столітті видатні лікарі – М.Я. Мудров, Н.П. Максимович-Амбодін, Н.І. Пірогов, С.П. Боткін, Г.А. Захар'їн, П.Ф. Лесгафт. До кінця XIX ст. лікарі на практиці підтвердили лікувальну дію дозованих фізичних вправ.

Видатний хірург Н.І. Пірогов застосовував гімнастичні вправи при лікуванні . Після Першої світової війни починається розвиток реабілітації поранених і інвалідів. П.Ф. Лесгафт (1837-1909) – основоположник наукової системи фізичного виховання і динамічної анатомії. Він в 1905 р. в Петербурзі організував курси керівників фізичного виховання – перший навчальний заклад, в якому готували викладачів фізичної культури. На підставі цих курсів в 1918 році був створений Інститут фізичної культури імені П.Ф. Лесгафта [10].

Таким чином, медична реабілітація включає комплексну систему лікувальних, педагогічних, соціальних, психологічних методів та системи



фізичної активності з метою забезпечення в мінімально можливий термін відновлення здоров'я, загальної і спеціальної працездатності людини.

Фізична реабілітація в ній займає одне з основних місць в комплексі реабілітаційних методів. Вона заснована на широкому використанні кінезіотерапії – лікування рухами – за допомогою засобів фізичної культури і спрямована на лікування травм і захворювань, профілактику можливих ускладнень, відновлення психологічного статусу хворого, побутової і трудової діяльності [20].

Лікувальна фізична культура – один з основних і найбільш поширених засобів фізичної реабілітації, яка проводиться в комплексі з лікувальним масажем, фізіотерапією, механо- і трудотерапією [19].

Оптимальний ефект від занять фізичними вправами досягається за умови, якщо їх напрям, інтенсивність і обсяг фізичних навантажень, кратність занять підбираються індивідуально з урахуванням функціонального стану хворого [22].

Фізичні вправи є природним фізіологічним подразником для ураженої функціональної системи, що дозволяє швидше і з великим функціональним ефектом мобілізувати адаптаційні ресурси організму і підвищити в ній компенсаторний ефект [29].

Сучасна клінічна практика має великий досвід використання лікувальної фізкультури зі значним, а часом, і повним відновленням функцій при захворюваннях серцево-судинної і дихальної систем, при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату, при ендокринній патології, захворюваннях нервової системи, в акушерсько-гінекологічній практиці. Особливо важливо застосування лікувальної фізкультури при захворюваннях і травмах у спортсменів.

## 1.2 Методи і засоби фізичної реабілітації

Фізичну реабілітацію застосовують в соціальній та професійній реабілітації. Її засобами є: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, трудотерапія [36; 52].

Лікувальна фізкультура (ЛФК) – метод, який використовує засоби фізичної культури з лікувально-профілактичною метою для якнайшвидшого одужання і попередження розвитку ускладнень хвороби. ЛФК є невід'ємною частиною реабілітаційних заходів, а при стиханні больового синдрому виходить на провідне місце. При загостренні захворювання спеціальні фізичні вправи спрямовані на зниження патологічної імпульсації, поліпшення кровообігу в ураженому місці, зменшення набряку тканин. При стиханні болю основним завданням ЛФК є ліквідація ділянок локальних гіпотрофій і зміцнення м'язового корсета [39].

Лікувальна гімнастика – основна форма застосування лікувальної фізичної культури, що передбачає спеціальне застосування фізичних вправ з лікувальною метою. Нарівні з використанням інших методів лікування в лікувально-профілактичних установах застосовуються заняття лікувальною гімнастикою. Дана назва є дещо умовною, оскільки лікувальною гімнастикою можна називати тільки спеціально підібрані гімнастичні вправи, а крім гімнастичних вправ в заняття включаються різноманітні ігри та елементи спортивного характеру [12].

Кожна фізична вправа підбирається індивідуально відповідно до завдань лікування, стану хворих і особливостями хворобливого процесу. Заняття повинні бути ретельно продумані, методично обґрунтовані і виходити з прийнятих приватних методик лікувальної фізичної культури. Заняття можуть вибудовуватися з переважним використанням того чи іншого методу застосування фізичних вправ (ігровий, спортивний або гімнастичний), в залежності від типу лікувального закладу (поліклініка, лікарня, санаторій тощо), характеру хворого і його віку.

Заняття лікувальною гімнастикою бувають індивідуальними, малогруповими і груповими. Індивідуальні заняття лікувальною фізичною культурою інструктор (методист) проводить конкретно з кожним хворим. Групові заняття (до 10 хворих і більше) проводяться в спеціальних приміщеннях, а влітку на відкритому повітрі, майданчиках або верандах.

Досить поширеною формою лікувальної фізичної культури є гігієнічна гімнастика. Спеціальних лікувальних цілей вона не переслідує, її завданням є підвищення загального тону за допомогою різних загальнозміцнюючих вправ. Гігієнічна гімнастика проводиться вранці – відразу після сну, але вона може застосовуватися і в різний час дня, вона становить важливу частину режиму дня лікувально-профілактичних установ. Крім оздоровчого значення ранкова гігієнічна гімнастика відіграє велику роль як організуючий фактор. З проведення гігієнічної гімнастики у хворих організовано починається день [24].

Наступною важливою частиною реабілітації хворих є застосування лікувального масажу. Завданням лікувального масажу є відновлення втрачених функцій органів і систем, зменшення болю, поліпшення кровопостачання тканин, зміцнення м'язового корсету. Лікувальний масаж класифікується в залежності від мети його призначення на:

1. Гігієнічний – активний спосіб для профілактики захворювань і догляду за тілом, збереження функцій організму, зміцнення здоров'я;
2. Лікувальний – ефективний метод лікування різних травм і захворювань;
3. Реабілітаційний – засіб відновлення функцій органів і систем після травм і захворювань, оперативних втручань, застосовується для відновлення фізичної працездатності спортсмена після тривалих перерв у тренуванні;
4. Спортивний – застосовується для підвищення функціонального стану спортсмена, профілактики травм і захворювань опорно-рухового апарату у спортсменів (передстартовий, відновний);

5. Косметичний – застосовується для догляду за шкірою і тілом (профілактика передчасного старіння, целюліту і т. д.) [16].

За допомогою лікувальної гімнастики і прийомів масажу впливають на центральну нервову систему, завдяки чому підвищується загальний тонус організму, поліпшується крово-, лімфообіг і дихання.

### 1.3 Сутність мультидисциплінарного підходу в системі фізичної реабілітації. Особливості формування мультидисциплінарної команди

Існує безліч підходів до відновного лікування та медичної реабілітації як в Україні, так і за кордоном. В Україні за останні 10 років медична реабілітація активно розвивалася і придбала величезну популярність у багатьох областях практичної охорони здоров'я. Але дуже актуальною залишається проблема доступності, своєчасності та якості здійснення комплексної реабілітації.

Так, наприклад, при призначенні реабілітаційних заходів вітчизняні фахівці найчастіше обмежуються лише рекомендаціями про те, як потрібно відновлюватися після виписки зі стаціонару. Таку ситуацію можна і зараз спостерігати в більшості вітчизняних поліклінік і лікарень. Дана проблема цілком зрозуміла, адже реабілітація – це витратний захід, який вимагає участі багатьох фахівців, спеціального обладнання, комфортних місць перебування і тривалого часу на реалізацію реабілітаційної програми. Багато державних установ не в силах здійснювати такі заходи. Однак останнім часом з'явилася достатня кількість державних і приватних реабілітаційних центрів, де працюють досвідчені і висококваліфіковані фахівці, створюються мультидисциплінарні команди в міських лікарнях. Разом з тим мультидисциплінарна реабілітація ще слабо впроваджена в лікувальні установи та реабілітаційні центри.

Відновлення втрачених функцій після перенесених травм і захворювань, виходячи з представленого досвіду європейських клінічних

нейропсихологів, за кордоном розвинене на сьогоднішній день краще, ніж в Україні. У Великобританії в реабілітаційному процесі спираються на біопсихосоціальний, цілісний або холістичний підхід, що характеризується комбінуванням індивідуального і групового лікування, поєднанням роботи по відновленню когнітивних функцій і психотерапевтичного впливу. До основних компонентів цього підходу відносяться терапевтичне середовище, загальне розуміння цілей і тісний контакт в міждисциплінарній бригаді, цілеспрямовані заходи, значимі для самого пацієнта, вивчення компенсаторних стратегій і перенавчання практичним навичкам, робота з сім'ями та опікунами [36].

Мультидисциплінарний підхід в реабілітації не новий для вітчизняного досвіду. Вперше про нього говорив ще В.М. Бехтерев при створенні психоневрологічного інституту в Петербурзі. Його теза про необхідність мультидисциплінарного вивчення нервово-психічної системи здорової і хворої людини, висловлений ще на початку ХХ в., лише відносно недавно став загальновизнаним світовою науковою спільнотою. Необхідність мультидисциплінарного підходу В.М. Бехтерев виводив з того, що завдання вивчення нервово-психічної сфери людини настільки величезна, що може бути адекватно вирішена лише при використанні великого комплексу наук, що мають ставлення до вивчення людини, таких як психіатрія, неврологія, нейрохірургія, нейрофізіологія, психогігієна, психопрофілактика, медична психологія, медична педагогіка. При цьому він мав на увазі не механічне об'єднання розрізнених дисциплін, які вивчають ті чи інші боки поведінки людини, а їх інтегративний синтез, що дозволяє цілісне, всебічне вивчення здорової і хворої особистості на всіх етапах її розвитку [18].

Сучасний розвиток фізичної реабілітації спрямований на створення мультидисциплінарних центрів реабілітації зі стаціонарним і диспансерно-поліклінічними відділеннями за профілями: кардіологія, неврологія, онкологічна патологія, травматологія, перінатологія та ін. Реабілітацію

потрібно пристосовувати до постійно мінливої структури хвороби, а також враховувати технічний прогрес і зміни соціальних структур (гнучкість), керованість, з урахуванням показань і протипоказань, що змінюються в процесі відновлення.

До складу мультидисциплінарної реабілітаційної бригади входять: лікар, ерготерапевт, психолог, соціальний робітник, фізичний терапевт, пацієнт, члени його сім'ї або особи, які доглядають за пацієнтом. Правильна організація якісної допомоги може бути значно важливішою, ніж абсолютний час проведення терапії [37].

Пацієнти стаціонарних і амбулаторних відділень повинні мати доступ до наступних функціональним підрозділам:

- кінезіотерапії (відділенню або групі в складі фізіотерапевтичного відділення) з фізкультурним залом, бажано з кабінетами для біокерування і ерготерапії – побутової реабілітації;
- фізіотерапевтичному відділенню з кабінетами для лікувального масажу, електростимуляції і голкорексфлексотерапії;
- кабінету психолога та логопеда;
- кабінету функціональної діагностики [20].

Членам команди необхідно розробити всебічний індивідуальний реабілітаційний план з урахуванням тяжкості захворювання, потреб і завдань пацієнта. Цей план повинен регулярно оновлюватися на підставі щотижневої оцінки стану пацієнта, обговорення прогресу і проблем в його стані, корекції реабілітаційної мети і застосовуваних реабілітаційних заходів [20].

Розробка реабілітаційного плану повинна базуватися на оцінці функціональних порушень і стандартизованими, валідними оціночними шкалами і відповідати потребам і рівню толерантності пацієнта до фізичних навантажень. Слід кожного пацієнта з обмеженням пересування оцінювати фахівцем для визначення найбільш підходящих і безпечних методів мобілізації.

Члени мультидисциплінарної бригади повинні регулярно спілкуватися з пацієнтом, його родичами або особами, які доглядають за пацієнтом, для залучення їх до процесу лікування і реабілітації, постановки мети і планування виписки. Особам, які доглядають за пацієнтом, і персоналу слід пройти навчання з використання відповідних методів мобілізації і техніки пересування індивідуально для кожного пацієнта. Реабілітаційний процес необхідно будувати таким чином, щоб сприяти постійному застосуванню навичок, отриманих в ході реабілітації, в повсякденному активності пацієнта.

Таким чином, реабілітаційний процес спрямований на повернення пацієнта до самостійного функціонування в навколишньому середовищі, при цьому сам пацієнт розглядається як активний учасник і партнер цього процесу. Реалізація реабілітаційної програми бачиться як комплексне завдання, що вимагає участі бригади фахівців, де кожен має ряд специфічних і взаємозамінних функцій: наприклад, відповідальність за пацієнта може нести будь-який з фахівців в складі мультидисциплінарної бригади. Вибудовування програми реабілітації, вибір стратегій і засобів підпорядковані спільно виробленої мети, що дозволяє вирішувати практичні завдання соціального включення пацієнта.

## РОЗДІЛ 2

### ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ РІЗНИХ ГРУП ХВОРИХ

#### 2.1 Мультидисциплінарний підхід до реабілітації після інсульту

Однією з основних причин глибокої і стійкої інвалідизації населення є інсульт [13]. Відсутність своєчасного і адекватного відновлюваного лікування хворих після інсульту призводить до виникнення незворотних анатомічних і функціональних змін, а також соціальної і побутової дезадаптації пацієнта.

Метою реабілітаційного процесу є повернення пацієнта до побутової і трудової діяльності, створення оптимальних умов для його участі в житті суспільства. При проведенні реабілітації важливо враховувати уявлення про організацію фізіологічних і патологічних рухів, про формування компенсаторних процесів пошкоджених структур і порушених функцій, про функціональні системи організму.

Дотримання мультидисциплінарного принципу ведення пацієнтів, які перенесли інсульт, є одним з найважливіших умов ефективної реабілітація. Для реалізації даного принципу необхідна наявність у відділеннях для лікування хворих з інсультом стаціонарної, амбулаторної та домашньої реабілітації мультидисциплінарних команд, фахівці яких функціонують не окремо, а як єдина команда з чіткою узгодженістю і координованістю дій, забезпечуючи тим самим цілеспрямований підхід до проведення реабілітаційних заходів серед пацієнтів, які перенесли інсульт [33].

Основними напрямками діяльності МДБ є огляд пацієнта усіма фахівцями бригади, оцінка його стану і ступеня порушення функцій із заповненням спеціальних оціночних карт, спільна постановка цілей лікування, створення адекватної навколишнього середовища для пацієнта в залежності від його потреб, обговорення особливостей ведення пацієнта,



розподіл строків виписки зі стаціонару, включаючи своєчасне планування, визначення умов подальшого лікування, які дозволять досягти максимальної самостійності хворого в повсякденному житті (реабілітація в стаціонарних, амбулаторних, домашніх, санаторно-курортних умовах), оцінка здатності близьких навчитися прийомам догляду і допомоги, складання спільно з пацієнтом і його близькими плану щодо раціонального ведення хворого [25].

Для забезпечення координованості і узгодженості дій всіх членів МДБ необхідно проводити збори МДБ для спільного вироблення стратегії і тактики лікування. Завданнями зборів МДБ є знайомство всіх членів МДБ з пацієнтом, виявлення проблем пацієнта, постановка реальних цілей лікування та узгодження відповідних дій для їх досягнення, повідомлення членам бригад про позитивні чи негативні зміни в стані пацієнта, а також складання плану виписки.

Функції лікаря МДБ включають визначення основних медичних проблем пацієнта і цілей реабілітації, виявлення і лікування супутніх захворювань, впровадження сучасних методик реабілітації в діяльність бригади, координація роботи бригади [31].

Функціями методиста лікувальної фізкультури МДБ є детальна оцінка вираженості рухових і чутливих порушень пацієнта, відновлення рухових функцій (повороти на бік, перехід в положення сидячи і стоячи, підтримка рівноваги сидячи і стоячи, ходьба, захоплення і переніс предметів), ведення пацієнтів з метою зменшення проявів захворювань органів грудної клітини, поради медичним сестрам і іншим особам з правильного позиціонування пацієнта, навчання переміщенню, правильному поводженню з ураженими кінцівками з метою уникнення больових відчуттів у пацієнта, профілактика появи болю в плечі і ведення пацієнтів з даним болем, поради щодо використання засобів для ходьби, оцінка ковтання для підбору позиції при годуванні, а також участь в оцінці повсякденної діяльності пацієнта [20].

Функції ерготерапевта МДБ включають оцінку стану хворого з метою виявлення того, як ті або інші порушення впливають на його повсякденну діяльність, самообслуговування і дозвілля, з'ясування можливостей пацієнта до інсульту і побутових умов в його будинку, встановлення самим хворим основних пріоритетів відновного процесу, оцінку функції зорово-просторового сприйняття, заняття з хворим для відновлення щоденної активності, сприяння адаптації пацієнта до навколишнього середовища (підбір крісла-каталки, висоти сидіння, столика, побутових приладів, кухонного і столового приладдя та ін.), використання допоміжних пристосувань для поліпшення функціональних можливостей пацієнта [39].

Корекційний педагог МДБ оцінює безпеку ковтання, проводить навчання медичних сестер, пацієнта і його родичів навичкам, які дозволять подолати порушення ковтання і уникнути аспірації, забезпечує підбір і модифікацію дієти, оцінку проблем спілкування пацієнта, проведення занять з відновлення порушень мовлення, навчання пацієнта і осіб, що за ним доглядають, методикам, що дозволяє хворому спілкуватися, використовуючи усну або письмову мову, а також альтернативні методи спілкування [39].

Також доцільно включення до складу МДБ психолога, нейропсихолога, мануального терапевта, рефлексотерапевта, ортопеда-педотерапевта, асистента середнього медичного персоналу і асистента методиста ЛФК, дієтолога, координатора дозвілля і соціального працівника.

## 2.2 Мультидисциплінарний підхід до реабілітації дітей з ДЦП

Аналіз останніх даних свідчить про необхідність перегляду звичного набору технік і методів фізичної реабілітації, підходів в складанні планів втручання і оцінки їх ефективності до реабілітації дітей з ДЦП [27; 53].

Сучасна модель реабілітації передбачає обов'язкове врахування оцінки ступеня порушення рухових функцій дитини за шкалою глобальних моторних функцій GMFCS (Gross Motor Function Classification System). З

огляду на вік, оцінку стану, рівень за класифікацією GMFCS і реабілітаційний потенціал дитини, можна вибрати оптимальний вид і спосіб реабілітації в кожному конкретному випадку [19].

Багато методів реабілітації, що традиційно використовується в відновному лікуванні дітей, що мають патологічні зміни м'язового тону (в першу чергу, за спастичним типом), в наші дні отримують наукове обґрунтування з позицій нейрональної пластичності. Однак, наукові знання про резерви і можливості нервової системи доповнюються з кожним днем, що вимагає постійного перегляду, переоцінки і вдосконалення існуючих і знову впроваджуваних методів реабілітації [11].

Для того, щоб в максимальному обсязі реалізувати сучасні методи нейрореабілітації, необхідно вирішувати проблеми, які заважають формуванню нового, більш функціонально вигідного рухового стереотипу. Однією з найбільш значущих проблем, що заважають розвитку рухових функцій при ДЦП, є спастичність. Наявне підвищення м'язового тону поступово призводить до обмеження функціональних можливостей, формуванню рухового дефіциту, порушення оволодіння навичками пересування; ускладнює самообслуговування; сприяє появі патологічних установок, формування контрактур, підвивихів і вивихів суглобів. Фактично, спастичність може призводити до цілого комплексу рухових порушень, а в ряді випадків – і до знерухомлення пацієнта [25].

Своєчасне зниження спастичності сприяє не тільки профілактиці ортопедичних ускладнень і розширенню рухового режиму пацієнта, але і раціональному підбору наступних реабілітаційних заходів.

В даний час розроблені і використовуються наступні методи корекції спастичності:

- функціональна нейрохірургія, що включає деструктивні операції;
- нейромодуючі операції;
- пероральні антиспастичні препарати;

- локальні ін'єкції ботулінічного токсину типу А в спастичні м'язи;
- методи фізичної реабілітації, фізіотерапії і природних факторів [8].

Окрім спастичності, велике значення в формуванні патологічного рухового стереотипу при ДЦП відіграють порушення реципрокного гальмування, появлення патологічних синергій і синкинезій, підвищення рефлекторної збудливості (посилення стартл-рефлексу) і наявність патологічних тонічних рефлексів (лабіринтно-тонічного, симетричного шийного тонічного, асиметричного шийного тонічного), дія яких особливо сильно проявляється при зміні положення тіла [33].

Оптимальним є комплекс методів, що максимально враховує всі перераховані аспекти рухових порушень у дітей з ДЦП.

Заняття з фізичної терапії проводяться з постановкою конкретної мети загального плану втручань, з огляду на стан дитини на даний час. При виборі виду втручання треба орієнтуватися на дані доказової медицини про ефективність тих чи інших методів для досягнення необхідного результату [2].

Реабілітаційне втручання включає в себе також навчання сім'ї і дитини того, як оптимально функціонувати в актуальних для них конкретних умовах і середовищі. Заняття при такому підході можуть бути тільки індивідуальними. Групові заняття служать додатком, який допомагає дитині взаємодіяти в соціальному середовищі.

Реабілітаційні заходи умовно поділяють на два блоки:

1. Заходи, спрямовані на поліпшення якості виконання рухів, розширення рухового потенціалу, освоєння нових навичок.
2. Заходи, спрямовані на профілактику вторинних ортопедичних ускладнень [43].

При складанні програми допомоги дитині з церебральним паралічем враховується її здатність до пересування, підтримці пози, повсякденну активність, здатність до комунікації.

Для дітей, які пересуваються самостійно (I-II рівень за шкалою GMFCS), першочерговим завданням є поліпшення якості ходьби, зниження ризику падінь. Для цього в методиках ЛФК використовують фітнес-програми тренування сили і витривалості нижніх кінцівок, вправи для поліпшення координації та балансу.

Для дітей, які використовують додаткову опору при ходьбі (III рівень за шкалою GMFCS), включаємо в програму занять вправи ЛФК, які сприяють тренуванню рухових переходів; в максимально можливій мірі тренуються функції рук для несення ваги.

Діти IV-V рівня за шкалою глобальних моторних функцій GMFCS сьогодні переведені в статус паліативних хворих, тому для них першочерговими завданнями є стабілізація пози, профілактика вторинних ортопедичних ускладнень (вертикалізація, стретчинг укорочених м'язів), поліпшення функції верхніх кінцівок.

Войта-терапія застосовується з самого раннього віку, починаючи з першого місяця життя. Основи діагностики і терапії за цим методом були відкриті в 50-і рр. XX ст. чеським неврологом професором В. Войта. Автор виходив з того, що фізіологічний руховий патерн представлений у кожній людині з народження. Основа концепції – рефлекс-локомоція, що має на увазі використання в реабілітації рефлексів повзання і повороту, тобто часткових патернів, що відповідають за позу, протистояння гравітації і рух [34].

Метод рефлекс-локомоції спрямований не на тренування конкретного руху, а на створення моделей координованої роботи аутохтонної мускулатури і м'язів кінцівок, які в подальшому будуть використані для побудови ланцюга необхідних рухів. Виконання вправи полягає у фіксації дитини в певній позі і тиску рукою на обрану зону. Вибір зони проводиться індивідуально в залежність від рухових порушень і одержуваної відповіді.

Відомо, що навіть короткочасна іммобілізація окремих м'язів кінцівок призводить до зменшення їх коркового представництва [16], що зайвий раз демонструє лабільність пластичних змін в корі головного мозку під впливом зовнішніх умов. Тому вкрай важливо відразу після заняття дозволити максимум свободи рухів в дистальних відділах кінцівок, зберігши при цьому правильне положення в суглобах. В даний час це стало можливим завдяки впровадженню в дитячу реабілітацію методу кінезіотейпінгу, заснованого японським доктором Кензо Касі, який передбачав продовження позитивного лікувального впливу між візитами до лікаря. Метод після 6 років клінічних випробувань був зареєстрований в 1979 р. і отримав міжнародне визнання на Олімпійських іграх в Сеулі (1988). Доктор Касі запропонував використовувати еластичні тейпи, що наклеюються на шкіру в певному напрямку і з певним натягом залежно від цілей лікування. При їх використанні відбувається стимуляція шкірних рецепторів, а також опосередкований вплив на глибокі структури через шкіру і пов'язані з нею поверхневу і глибоку фасції. Через 10 хв. після накладення кінезіотейп не відчувається на шкірі, відчувається тільки його дія: стрічка прагне скоротитися, стимулюючи або розряджаючи механорецептори в залежності від ступеня натягу [30].

У роботі з дітьми, що мають підвищення тонусу за спастичним типом, використовуються наступні техніки кінезіотейпіровання:

1. Механічна корекція. Використовується для створення фізіологічної біомеханічної осі суглобів (наприклад, кисті).
2. Функціональна корекція. Використовується для часткового обмеження патологічного процесу і полегшення фізіологічного.
3. М'язовий кінезіотейпінг. Застосовується для стимуляції або розслаблення м'язів [53].

Таким чином, методи фізичної реабілітації дозволяють підвищити ефективність реабілітаційних заходів. Послідовне застосування

перерахованих методів фізичної реабілітації, які враховують особливості рухових і пропріоцептивних порушень у кожної дитини, в поєднанні з коректною роботою з батьками дозволяє найбільш успішно реалізувати потенційні рухові можливості кожного пацієнта. Мультидисциплінарний підхід до реабілітації дітей з ДЦП, що характеризується раннім початком, гармонійним поєднанням методів фізичної реабілітації з медикаментозним впливом, фізіотерапією і психолого-педагогічною підтримкою, допомагає максимально адаптувати дитину до умов соціуму.

### 2.3 Мультидисциплінарний підхід до реабілітації онкологічних хворих

В даний час медицина досягла досить високого рівня в діагностиці та лікуванні хворих з різними формами онкологічних захворювань, що дозволило збільшити тривалість життя і досягти п'ятирічної виживаності приблизно у 70% онкохворих [38]. Незважаючи на це, отримані результати не можна вважати задовільними, оскільки успіх проведеної діагностики і лікування визначається не тільки за кількістю врятованих життів, а й найголовніше, за числом пацієнтів, здатних відчувати себе повноцінними членами суспільства [9].

Основними методами лікування онкологічних хворих є агресивне оперативне втручання, променева, лікарська і гормонозаместкова терапія, які широко застосовуються в онкологічній практиці і часто супроводжуються серйозними порушеннями і функціональними розладами різних систем і функцій організму, зниженням працездатності, зміною соціального статусу і якості життя [11]. Таким чином, кінцевою метою терапевтичного процесу в онкології слід вважати не тільки клінічне одужання пацієнта, а й повернення його до звичного способу життя [14].

Проведення комплексної мультидисциплінарної реабілітаційної допомоги хворим, незалежно від нозологічної форми та локалізації пухлини, має включати кілька етапів: підготовчий (розробка індивідуального і

найбільш ефективного плану діагностики і лікування, мінімізація ризику ускладнень і рецидиву пухлини), лікувальний (проведення органозберігаючих і реконструктивно-відновлювальних операцій), ранній відновний (розробка комплексних реабілітаційних програм, спрямованих на профілактику і лікування загальних і місцевих післяопераційних ускладнень, ранніх променевих реакцій, побічних ефектів хіміотерапії) і пізній відновлюваний етап (самореабілітацію, соціальна адаптація та відновлення працездатності) [21].

Медична реабілітація хворих повинна проводитися групою фахівців: онкологом, ендокринологом, сексопатологом, психотерапевтом, фізіотерапевтом, соціологом, трудотерапевт, функціональним діагностом, набуваючи таким чином мультидисциплінарний характер.

Останні роки в багатьох зарубіжних публікаціях, присвячених реабілітації хворих, часто зустрічається поняття «пререабілітація» (prehabilitation). Пререабілітація – це процес проходження пацієнтом реабілітаційних процедур в інтервалі між моментом діагностики онкологічного захворювання і початком лікування [21]. Його розглядають як етап, що передує медичної реабілітації, який дозволяє вже з моменту постановки діагнозу надати своєчасну психологічну допомогу пацієнтові. Це пояснюється тим, що вже з моменту діагностики захворювання або підозри на нього у онкохворих часто виникають так звані реактивні стани, які потребують проведення психореабілітаційних заходів [44]. Також на етапі пререабілітації представляється можливим раннє інформування профільних реабілітаційних центрів, кабінетів лікарів-онкологів і фахівців з реабілітації про те, що з'явився новий онкохворий, якому знадобиться медична реабілітація, що допоможе оптимізувати їх роботу і досягти високих результатів на всіх етапах лікування і реабілітації даного хворого.

Тривалість терапії різних злоякісних новоутворень часто становить досить тривалий час – від декількох місяців до декількох років. В результаті



проходження комплексного курсу лікування все онкохворі потребують системного спостереженні і протидії рецидивним заходам [27].

Своєчасне виявлення ускладнень і метастазування пухлини дозволяє значно вплинути на прогноз і результат захворювання, скорегувати лікування і дати відповідні рекомендації. Тому важливим моментом при проведенні медичних реабілітаційних заходів є діагностичний скринінг, який проводиться на всіх етапах реабілітаційного процесу і включає лабораторно (онкомаркери) та інструментально-діагностичні (ультразвукове дослідження – УЗД) методи, комп'ютерну томографію (КТ) та магнітно-резонансну томографію (МРТ), позитронно-емісійну томографію (ПЕТ), необхідні для вчасного виявлення ускладнень, рецидивів і метастазів після лікування, а також для прогностичної оцінки пухлинного процесу [29].

Також дуже важливо, плануючи терапевтичні і реабілітаційні заходи, володіти інформацією про ступінь поширеності пухлинного процесу і можливої локалізації рецидиву раку.

Таким чином, на базі реабілітаційних центрів і установ санаторно-курортного профілю необхідно формувати лабораторно-діагностичні кабінети, що дозволяють здійснювати систематичний контроль за станом здоров'я онкохворих на протязі всього відновлювально-оздоровчого періоду.

В даний час в практиці медичної реабілітації онкохворих у всьому світі активно використовуються різні сучасні реабілітаційні заходи: фізіотерапія, санаторно-курортне лікування, психотерапія, дієтотерапія, фітотерапія, імунотерапія.

#### 2.4 Мультидисциплінарний підхід в системі реабілітації пацієнтів з дистрофічним ураженням хребта

Дистрофічні ураження хребта – найпоширеніші хронічні ушкодження людини. Виражені клінічні прояви неврологічних порушень спостерігаються в період активної трудової діяльності (у віці 25-55 років) і представляють

собою одну з найбільш частих причин тимчасової непрацездатності та інвалідності [30].

Навіть в період ремісії багато пацієнтів відчують відчуття дискомфорту при руху і в спокої, що часто знижує їх якість життя. Це неминуче позначається на продуктивності розумової та фізичної праці.

Використання поліморфізму терапевтичних методів лікування при цьому захворюванні часто недостатньо ефективно і вимагає подальшого відновлення функцій окремих органів і систем [5]. Нейрохірургічна корекція компресійного дискогенного синдрому на попереково-крижовому рівні в більшості випадків призводить до об'єктивного поліпшенню стану. Разом з тим больовий синдром після операції не зникає відразу і цілком, в окремих випадках спостерігається навіть погіршення самопочуття і якості життя пацієнтів, подальше зниження їх працездатності, що викликає необхідність інтенсивної реабілітації з урахуванням клінічних проявів та індивідуальних особистісних особливостей. Це є ланкою складної мультидисциплінарної системи реабілітаційного впливу на організм, включаючи всі аспекти реабілітації: психологічний, медикаментозний, фізичний, професійний, соціальний, економічний [14].

Серед методів медичної реабілітації акцент робився на лікувальну гімнастику, що включає групову кінезотерапію в гімнастичному залі і гідрокінезотерапію. У залі вправи проводяться в положенні гравітаційної розвантаження – лежачи на спині, на животі, на боці, в колінно-кистьовому положенні. Принципи кінезотерапії включають: стабілізацію хребтovo-рухового сегменту, нормалізацію м'язового тону (розслаблення спазмованих м'язів, стимуляція розслаблених), «будівництво» м'язового корсету, формування фізіологічної постави, створення і закріплення нових позолокомоторних навичок, формування адекватного динамічного і статичного стереотипу, нормалізацію рухливості в суглобах кінцівок, поліпшення координації рухів.

До гідрокінезотерапії приступають на 20-21 день після операції. В якості фізіотерапевтичних методів впливу застосовують магніто- та лазеротерапію, дарсонвалізацію, електрофорез анальгетиків, нейротрофічні засоби, електростимуляцію ослаблених м'язів, теплолікування або кріотерапію, на заключному етапі реабілітації – масаж [36].

Активна фізична реабілітація проводилася на тлі підтримуючої медикаментозної терапії: судинно-регулюючі препарати, міорелаксанти, нестероїдні протизапальні засоби, нейромедіатори, хондропротектори.

Пацієнти повинні отримувати психологічну реабілітацію з метою зменшення масштабу переживань, корекції внутрішньої картини хвороби, ліквідації тривожних або депресивних компонентів. Проводиться навчання самих пацієнтів методам лікувальної фізкультури і формування у них установки на самостійне щоденне повторення комплексів вправ.

Таким чином, мультидисциплінарний підхід до медичної реабілітації пацієнтів з дистрофічними ураженнями попереково-крижового відділу хребта, сприяє нормалізації їх фізичного, емоційного і загального стану, що покращує соціальну активність і рольове функціонування і в підсумку підвищує якість життя пацієнтів.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, узагальнюючи представлені дані, слід звернути увагу, що протягом довгого часу фізична реабілітація, яка є важливим складовим компонентом медичної реабілітації, характеризується вдосконаленням своїх засобів і методів. В даний час фізична реабілітація представлена комплексом засобів – лікувальною фізичною культурою, фізіотерапією, лікувальним масажем, механотерапією, працетерапією та ін.

Важливим аспектом в сучасній фізичній реабілітації є індивідуальний підхід до хворого, принцип поступового збільшення фізичного навантаження, систематичності її проведення.

Рухова активність при індивідуальному підході повинна включати комплекс спеціальних фізичних вправ з урахуванням обсягу і тривалості тренувального заняття, інтенсивності його проведення, характеру і швидкості відновлення після нього. Необхідно визначати загальну тривалість курсу фізичної реабілітації.

На сьогоднішній день необхідно не тільки активно впроваджувати в практику лікарів-реабітологів вже існуючі методи медичної реабілітації, але і створювати нові і більш ефективні відновно-оздоровчі програми, що дозволяють здійснювати індивідуальний підхід до кожного хворого.

Важливо вести роботу по створенню установ та реабілітаційних центрів, включають досвідчених лікарів і фахівців з реабілітації (мультидисциплінарний підхід), що дозволить реалізувати запропоновані комплексні програми та надати кваліфіковану допомогу кожному хворому.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева И.Н., Покровская И.А. Адаптивная физическая культура / И.Н. Андреева, И.А. Покровская. – СПб.: Питер, 2014. – 496 с.
2. Бар-Ор О., Роуланд Т. Здоровье детей и двигательная активность / Пер. с англ. – К.: Олимпийская литература, 2019, – 527 с.
3. Дубровский В.И., Дубровская А.В. Физическая реабилитация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья / В.И. Дубровский, А.В. Дубровская. – М.: БИ-НОМ, 2017, – 414 с.
4. Иващенко Л.Я., Благий А.Л., Усачев Ю.А. Программирование занятий оздоровительным фитнесом / Л.Я. Иващенко, А.Л. Благий, Ю.А. Усачев. – К.: Науковий світ, 2018. – 290 с.
5. Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Макацария А.Д., Суренков А.А. Основные направления психологической реабилитации онкогинекологических больных. Акушерство, гинекология и репродукция.– 2016. – № 4. – С. 94-104.
6. Камаева О.В., Полина Монро, Буракова З.Ф., Зычкова О.Б., Иванова А.А., Сорокоумов В.А., Тищенко М.Е. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия / Под ред. Скоромца А.А. – СПб.: Питер, 2018. – 385 с.
7. Кенис В.М., Баиндурашвили А.Г. Консервативное лечение детей с деформациями стоп при ДЦП. Учебное пособие / В.М. Кенис. – СПб.: ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2016. – 471 с.
8. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию: физическая реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы / Е.В. Ключкова. – М.: Теревинф, 2017. – 365 с.

9. Ковальчук В.В., Скоромец А.А. Основные принципы реабилитации больных, перенесших инсульт. – Медико-социальная экспертиза и реабилитация.– 2017. – № 4. – С. 17-20.
10. Ларина О. Д., Шевцова Е. Е. Система полипрофессионального взаимодействия специалистов как условие создания единого реабилитационного пространства специализированной службы нейрореабилитации г. Москвы // Спец. образование. – 2018. – № 4. – С. 24–39.
11. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих з травмами й захворюваннями нервової системи / О.К. Марченко. – К., 2016. – 341 с.
12. Медицинская реабилитация: руководство для врачей / под ред. В.А. Епифанова – М.: МЕД–пресс–информ, 2015. – 328 с.
13. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація. Підручник / В.П. Мурза. – К.: ОЛАН, 2015, – 610 с.
14. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2015. – 471 с.
15. Обеспечение физической активности у граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья: методические рекомендации / М.Г. Бубнова, Д.М. Аронова, С.А. Бойцов. –М: ФГБУ ГНИЦПМ, 2015. – 95 с.
16. Спортивная медицина. Практические рекомендации / Под ред. Р. Джексона.– К.: Олимпийская литература, 2016, – 547 с.
17. Попов С.Н. Физическая реабилитация: учебное пособие / С.Н. Попов. – Ростов-на-Дону Феникс, 2016. – 608 с.
18. Ткаченко Г.А. Комплексная реабилитация онкологических больных. Заместитель главного врача / Г.А. Ткаченко. – 2014. – № 9. – С. 102-110.
19. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация / В.А. Эпифанов. – М.: Медресс-Информ, 2005, – 326 с.

20. Arving C., Thormodsen I., Brekke G. et al. Early rehabilitation of cancer patients – a randomized controlled intervention stud. *BMC Cancer*. 2017; 7: 13-9.
21. Astin J.A, Shapiro J., Shapiro D.H. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20 year follow-up study. *Behavioral Med*. 2017; 39: 7-10.
22. Berg K, Wood-Dauphinée S, Williams JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*. 2016;41:304-311.
23. Buckon C. E., Thomas S. S., Piatt J. H. Jr., Aiona M. D., Sussman M.D. Selective dorsal rhizotomy versus orthopedic surgery: a multidimensional assessment of outcome efficacy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016; 85: 457–465.
24. Dan B, Mayston M, Paneth N, Rosenbloom L. *Cerebral palsy: science and clinical practice*. London: Mac Keith Press, 2014. 692 p.
25. Cella D., Davis K., Breitbart W. et al. What are the most important symptom targets when treating advanced cancer? A survey of providers in the National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Cancer Investigation*. 2017; 4: 526-35.
26. Cristian A., Tran A., Patel K. Patient safety in cancer rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2018; 23 (2): 441-56.
27. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;12(3):189-198.
28. Hambrecht R., Walther C., Möbius-Winkler S. et al. Percutaneous coronary angioplasty compared with exercise training in patients with stable coronary artery disease: a randomized trial. *Circulation* 2014;109(11):1371–8.
29. Hammill B.G., Curtis L.H., Schulman K.A., Whellan D.J. Relationship between cardiac rehabilitation and long-term risks of death and

myocardial infarction among elderly Medicare beneficiaries. *Circulation* 2017;121(1):63–70.

30. Heinen F. et al. The updated European Consensus 2016 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol.* 2017; 14: 45–6.

31. Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psycho-Oncology.* 2017; 20 (7): 677-80.

32. Hurvitz EA, Peterson M, Fowler E. Muscle tone, strength and movement disorders. In: Dan B, Mayston M, Paneth N, Rosenbloom L, editors. *Cerebral palsy: science and clinical practice.* London: Mac Keith Press; 2014. P. 381-406.

33. Kheder K. Padmakumari Sivaraman Nair Spasticity: Pathophysiology, Evaluation and Management. *Pract Neurol.* 2012; 12 (5): 289–298.

34. Ko A.H., Dollinger M., Rosenbaum E. *Everyone's Guide to Cancer Therapy:How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day (5th Edition).*Kansas City. 2018; 2: 17-30.

35. Leboeuf–Yde, C. Back pain—individual and genetic factors / C. Leboeuf–Yde // *J. ElectromyogrKinesiol.* – 2014. – Vol. 14(1). – P. 129–133.

36. Lianos G.D., Mangano A., Cho W.C., Dionigi G., Roukos D.H. Circulating tumor DNA: new horizons for improving cancer treatment. *Future Oncol.* 2015; 11 (4): 545-8.

37. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living. *Scand J Rehabil Med Suppl.* 2015;21:1-40.

38. Marbini A., Ferrari A., Cioni G., Bellanova M. F., Fusco C., Gemignani F. Immunohistochemical study of muscle biopsy in children with cerebral palsy. *Brain Dev.* 2017; 24: 63–66.

39. Myers T. Anatomy trains. *JBMT.* 2017; 1 (2–3): 91–101, 134–145.



40. Saotome T., Klein L., Faux S. Cancer rehabilitation: a barometer for survival? *Support Care Cancer*. 2015; 23 (10): 3033-41.
41. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. *Cancer Statistics, 2013*. *CA Cancer J Clin*. 2013; 63 (1): 11-30.
42. Silver J.K., Baima J., Mayer R.S. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2018; 63 (5): 295-317.
43. Steinbok P. Selection of Treatment Modalities in Children With Spastic Cerebral Palsy. *Neurosurg Focus*. 2016; 21 (2): E3.
44. Suzuki S., Shibata K., Kikkawa F., Nakatsura T. Significant clinical response of progressive recurrent ovarian clear cell carcinoma to glypican-3-derived peptide vaccine therapy: Two case reports. *Hum Vaccin Immunother*. 2014; 10 (2): 338-43.
45. Tae Sung Park, James M. Johnston. *Surgical Techniques of Selective Dorsal Rhizotomy for Spastic Cerebral Palsy*. *Disclosures Neurosurg Focus*. 2016; 21 (2): 209–18.
46. Uzkeser H. Efficacy of manual lymphatic drainage and intermittent pneumatic compression pump use in the treatment of lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial. *Breast Cancer*. 2013; 8: 145-8.
47. Wade DT. *Measurement in neurological rehabilitation*. New York: Oxford University Press; 2017.
48. Warlow CP, Dennis MS, van Gijn J, Hankey GJ, Sandercock PAG, Bamford JM, Wardlaw J. *Stroke. A practical guide to management*. London. 2017.
49. Wilson B. A. *Neuropsychological rehabilitation theory, models, therapy and outcome* / B. A. Wilson, G. Fergus, J. J. Evans, A. Bateman. – Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
50. *World Cancer Report 2014* [Eds. B.W. Stewart, C.P. Wild]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2014: 953 p.

51. Zukunft-Huber B. Der kleine Fuß ganz groß: Dreidimensionale manuelle Fußtherapie bei kindlichen Fußfehlstellungen. Urban & Fischer. 2014. 264 p.

52. Ежова О.А. Актуальные вопросы физической реабилитации / Ежова О.А. // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наукових праць. – Луцьк, 1999. – С.806-810.

53. Єжова О.О. Кінезіотейпування у комплексній програмі фізичної терапії дітей із геміпарезом віком 5–7 років /Єжова О.О., Ольховик А. В., Мордвінова І. В. // Український журнал медицини, біології та спорту – 2018. – Том 3, № 3 (12) – С.257-264.