

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»

БІОМЕДИЧНА ІНЖЕНЕРІЯ І ТЕХНОЛОГІЯ

Biomedical Engineering and Technology

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ

№ 7к 2022

Київ
КПІ ім. Ігоря Сікорського
2022

ISSN (Print) 2617-8974
ISSN (Online) 2707-8434

*Рекомендовано Вченою радою факультету біомедичної інженерії
Національного технічного університету України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»
(протокол № 3 від 31 жовтня 2022 року)*

Започаткований

Національним технічним університетом України

«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»

Національним медичним університетом імені О. О. Богомольця

Свідоцтво про державну реєстрацію: Серія КВ № 22986-12886Р від 28.08.2017

Почесні засновники:

М. З. Згуровський, акад. НАН України

К. М. Амосова, чл.-кор. НАМН України

Головні редактори:

В. Б. Максименко д.м.н. проф.

Я. В. Цехмістер чл.-кор. НАПН України

Редакційна колегія

О. В. Висоцька, д.т.н., проф.

Л. Ф. Суходуб д. фіз.-мат. н., проф.

Б. І. Яворський д.т.н., проф.

А. Т. Орлов к.т.н., доц.

Н. В. Дорош к.т.н., доц.

В. В. Шликов к.т.н., доц.

Peter Kneppo, DrSc., Prof. dr.h.c., Fellow IAMBE (Czech)

Sehyung Park, Ph. D., (Korea)

Oleksandra Hotra Ph. D. (Poland)

О. Ю. Азархов, д.м.н., проф.

І. Ю. Худецький, д.м.н., проф.

І.Р. Місула, д.м.н., проф.

В.М. Савченко, д.м.н., проф.

Filip Górski, assistant professor (Poland)

Walery Zukow (Poland)

Ewa Kleszczewska, Prof. (Poland)

Ganushchak Yuri Ph. D., (The Netherlands)

Simon Kaja Ph. D., As. Prof (U.S.A.)

Т. О. Борисова, д.б.н., проф.

А. Ю. Галкін, д.б.н., доц.

Є. А. Настенко д.б.н., проф.

Yves Fromes, Ph. D., Prof. (France)

Teofil Jesionowski, Ph. D., Prof. (Poland)

Верстка

Г.В. Мельник, асистент кафедри ББЗЛ

Відповідальний секретар

Ю. В. Антонова-Рафі, к.т.н., доц.

За достовірність тезисів несуть відповідальність автори

Тези пройшли наукове рецензування

Статті друкуються мовами оригіналу: українська, англійська

www.biomedtech.kpi.ua

Матеріали конференції дозволено до опублікування в Україні та за кордоном

Наказ № НМКП/84/2022 від 15.11.2022 про Проведення II Міжнародної науково-практичної конференції "БІОБЕЗПЕКА ТА СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ. Теорія, практика, перспективи" КПІ ім. Ігоря Сікорського.

© Автори статей, 2022

© КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2022

ЗМІСТ

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Чемеріс А.М., Антонова-Рафі Ю.В.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ДИПЛЕГІЄЮ, МЕТОДИ ТА ЗАСОБИ, НОВІТНІ СУЧАСНІ ПІДХОДИ..... 9

Бочкова Н. Л., Мельник Д. В.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДОЗОВАНОЇ НОРДИЧНОЇ ХОДЬБИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ 2 СТАДІЇ 14

Бочкова Н. Л., Деркач А.О.

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ 18

Бочкова Н. Л., Сатановська К. А.

ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГЕМОРАГІЧНИЙ ІНСУЛЬТ ... 23

Ковальова А.А., Худецький І.Ю., Ковальова О.В.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ФІБРОМІАЛГІЯМИ ШИЇ..... 29

Гомола А. В., Худецький І. Ю., Антонова-Рафі Ю. В.

РОЛЬ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА У ВІДНОВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ 38

Савченко В.М., Харченко Г.Д., Керестей В.В., Буряк О.Ю., Погребняк Ю.М.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ОЦІНЮВАННЯ ДОМЕНІВ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ 41

Савченко В.М., Тимчик О.В., Неведомська Є.О., Омері І.Д., Буряк О.Ю., Яценко С.П., Погребняк Ю.М.

ЗВ'ЯЗОК ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ З ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ ТА СТАВЛЕННЯМ ДО КУРІННЯ ХВОРИХ І ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ..... 48

Бучинський О. С.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВОМУ ПЕРІАРТРИТІ: ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ 53

Сичов С.О., Сиротинська О.К. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СПОРТСМЕНІВ СИЛОВИХ ЄДИНОБОРСТВ.....	59
Слободян В.Г. СУЧАСНІ ПІДХОДИ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ОСІБ ЮНАЦЬОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ШИЇ.....	63
Кравченко Т.О. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДІЛОАРТРИТ	66
Філатова А.В. ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЙОГАТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛІТ	71
Стретович О. А. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМАХ ХРЕБТА ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ «DAVID SPINE CONCERT»	78
Мазур Б. О. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ДІАГНОЗОМ ЛЕЙКОЗ ЗА ДОПОМОГОЮ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ТА АПІТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАСОБІВ	81
Миرونчук Д. М., Антонова-Рафі Ю.В. ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ БАНКАРТА У РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ	83
Білевич Д.А., Худецький І.Ю. ДОЦІЛЬНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕКОСУ ТАЗУ ПРИ БОЛЯХ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ ПРИ ПОБУДОВІ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	92
Степаненко Д.О., Юденко О.В., Пеценко Н. І. МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПТСР ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ АКТУАЛЬНІ У ВІДНОВНІЙ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ СУДИННИХ КАТАСТРОФ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ.....	96
YelyzavetaVroniuk, Yuliia Antonova-Rafi INFLUENCE OF THE HYPERMOBILITY SYNDROME ON A GRIP STRENGTH	101
Ріпка А.О. ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ ЗАСОБІВ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ.....	103

Черних Г.Ю. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ПНЕВМОСКЛЕРОЗ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕННЯ COVID-19	107
Литвинчук А. Г., Литвинчук Б. В. БІОМЕХАНІКА ТРАВМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ВІЙСЬКОВИХ.....	111
Данько Д.І., Юденко О.В. МІОФАСЦІАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗСУ АКТУАЛЬНЕ ПИТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	114
Гришин І. Л., Антонова-Рафі Ю.В. ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ.....	118
Антонова-Рафі Ю.В., Цанько І.І., Пономарьова Е.Е. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА, ПОВ'ЯЗАНОЮ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ	120
Мороз Ю.О., Антонова-Рафі Ю.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОМБІНОВАНІЙ ПЛОСКОСТОПОСТІ У ПІДЛІТКІВ УСКЛАДНЕНОЇ НЕПРАВИЛЬНОЮ ПОСТАВОЮ.....	125
Безугла М. І. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЖІНОК ПРИ ДІАСТАЗИ ПРЯМИХ М'ЗІВ ЖИВОТА ВНАСЛІДОК БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ.....	129
Іващенко С.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ	133
Ковальова О.В., Кондрат Л. І., Ковальова У.І. ЗАСТОСУВАННЯ СХІДНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЩОДО УСУНЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У РІЗНИХ ВЕРСТ НАСЕЛЕННЯ.....	138
Латенко С.Б., Савельєв М.А. МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ СИНДРОМОМ «ПРОВИНИ ВЦІЛІЛОГО».....	140
Солодуха В.В. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ РАДИКУЛОПАТІЄЮ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО СПЛЕТІННЯ	145
Сунь Ліншу, Худецький І.Ю. ЗАСТОСУВАННЯ МОДЕЛІ БЕЗПЕРЕРВНОГО ДОГЛЯДУ НА РІВНІ ГРОМАДИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ	149

Припутень А.М., Куріло С.М.

РОЛЬ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕНЬ,
ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я У ВІДНОВЛЕННІ ОСІБ З СИНДРОМОМ
ЦЕРВІКАЛГІЇ 154

Пилипенко С.М.

ПРОБЛЕМАТИКА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ОФТАЛЬМОЛОГІЇ В УКРАЇНІ 158

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

Науменко Н.О.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІРТУАЛЬНОЇ
РЕАЛЬНОСТІ (VR) ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК,
КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ТА НАВИЧОК БЕЗПЕЧНОЇ
ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО
СПЕКТРУ (РАС) 163

Лазарев І.А.

ІМІТАЦІЙНЕ КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ
М'ЯЗОВО-СКЕЛЕТНОЇ СИСТЕМИ 168

Дорош О.І.

ІНФОРМАЦІЙНІ ТА МОБІЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ ДИСТАНЦІЙНОГО
КОНТРОЛЮ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ЛЮДИНИ В РЕАБІЛОЛОГІЇ
..... 175

Глоба О.П.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СИСТЕМІ ЗАХОДІВ ПСИХОФІЗИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ МІГРАНТІВ І ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ
ОСІБ В УКРАЇНІ 179

Хандюк К.Е.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ 185

ПРЕФОРМОВАНІ ЧИННИКИ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

Стоцька О.Р.

ПОБУДОВА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ
ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЯМИ У ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА 191

АПАРАТУРА ТА ДІАГНОСТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

Мохнатюк В.В., Антонова-Рафі Ю.В. СТАБІЛОМЕТРІЯ ЯК ЗАСІБ ДІАГНОСТИКИ В ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ	194
Копейкіна Є.Д. ВИДИ ДІАГНОСТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ.....	199
Худик А.Б., Косякова Г.В. ОГЛЯД ТЕХНОЛОГІЙ ТА ЕФЕКТІВ ФЛОАТ-КАПСУЛ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ	202
Мельник Г.В., Худецький І.Ю. АНАЛІЗ РУЙНУЮЧИХ НАВАНТАЖЕНЬ ДЛЯ ТКАНИН КУКСИ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	205
Сніцар Є. В., Худецький І. Ю. ТЕХНОЛОГІЇ ДЛЯ З'ЄДНАННЯ ТА ОБРОБКИ ПАТОЛОГІЧНО ЗМІНЕНИХ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН	210

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

УДК 613:796/799]:159.922.62

Савченко В.М., док. мед. наук, професор

Тимчик О.В., канд. біол. наук, доцент

Неведомська Є.О., канд. пед. наук, доцент

Омері І.Д., канд. біол. наук, доцент

Буряк О.Ю., ст. викл.

Яценко С.П., ст. викл.

Погребняк Ю.М., ст. викл.

Київський університет імені Бориса Грінченка,

Київ, Україна

ЗВ'ЯЗОК ОСОБИСТІСНОЇ ЗРІЛОСТІ З ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ ТА СТАВЛЕННЯМ ДО КУРІННЯ ХВОРИХ І ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ

Вступ. Здоров'я людини є багатокомпонентним явищем. Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я, одним із компонентів здоров'я є душевне (духовне) благополуччя [1]. Вважається, що духовність може допомогти збереженню та зміцненню загального здоров'я людини [2, 3]. Проте стану душевного здоров'я людей приділяється значно менше уваги, ніж соматичному / фізичному здоров'ю. З філософських позицій духовність є виявом внутрішнього розвитку людини, її внутрішньої зрілості, то вивчення духовності та її зв'язку зі здоров'ям можливе шляхом застосування різноманітних опитувальників, які відображають рівень внутрішнього розвитку (зрілості) людини як особистості [4, 5].

Мета дослідження – встановити зв'язок особистісної зрілості людини з вживанням алкоголю та ставленням до куріння хворих і здорових людей.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено серед пацієнтів з хронічними хворобами та наслідками травм, що потребували медичної реабілітації в стаціонарі, та серед студентів гуманітарного університету, які за лікарськими висновками були здоровими людьми. Обстежено 560 осіб, з них: чоловіків — 301 (53.75%), жінок — 269 (46.25%). Середній вік обстежених становив ($M \pm S$) 35.00 ± 17.75 (95% довірливий інтервал: 33.52–36.47) років. Пацієнтів було 353 (61.50%), студентів 221 (38.50%) особа.

Обстеження здійснювалося шляхом опитування за двома питальниками, однократно, у присутності дослідника. Рівень особистісної зрілості вивчено за Хосе Стивенсом (Jose Stevens) (2019). Використали його тест в російськомовній та україномовній версіях [6]. Тест дозволяє встановити рівень зрілості особистості, зокрема рівень зрілості свідомості та самосвідомості, які можна вважати складниками духовності людини. Тест передбачає надання відповідей на 75 питань опитувальника. Відповіді «Так» надавався 1 бал. Питання групувались по п'ятьох шкалах (в одній шкалі 15 питань), кожна з яких відповідала одному із рівнів (стадій)

особистісної зрілості людини: «немовля», «малюк», «дитина», «підліток/юнак» і «дорослий». Рівнем особистісної зрілості вважався той, за яким було набрано найбільшу кількість балів. Рівень вважався сформованим, якщо за його шкалою було набрано 10 і більше балів. Якщо жоден із рівнів не набрав такої кількості балів, то особистісна зрілість вважалася недиференційованою. У випадках одночасного формування декількох рівнів особистісної зрілості (однакові суми балів за декількома шкалами) робився висновок про їх комбінацію.

Використовуючи другий питальник, збиралися дані про *регулярність вживання будь-якого алкогольного напою* (не вживаю; зараз ні, раніше вживав зрідка; зараз ні, раніше вживав часто; зараз ні, але раніше вживав постійно; вживаю зрідка – 1 раз на тиждень і рідше; вживаю часто – 2-3 рази на тиждень; вживаю постійно, майже щоденно) та *ставлення до куріння* (ніколи не курил; раніше курил, зараз ні; живу в сім'ї, де курять у моєї присутності; раніше курил багато, зараз мало; постійно курю).

Статистичному аналізу піддані значення якісних показників. Якісні бінарні показники вибірок порівнювали шляхом перевірки нульової гіпотези про рівність часток, виражених у відсотках, порядкові величини – обчисленням критерію відповідності χ^2 -квадрат (χ^2) Пірсона з поправкою Йетса. Зв'язок між значеннями показників встановлювали шляхом побудови таблиць спряженості (кростабуляції). Критерієм достовірності статистичних оцінок служив рівень значущості з вказівкою ймовірності помилково відхилити нульову гіпотезу (p), за пороговий рівень прийнято значення 0,05.

Результати дослідження. У більшості обстежених виявлено рівень особистісної зрілості «дорослий» — 25.71% (144/560). Найменша кількість обстежених мали рівень «немовля» — 3.21% (18/560). Майже п'ята частина обстежених мали різні комбінації рівнів особистісної зрілості — 20.18% (113/560). Серед останніх комбінація низьких рівнів особистісної зрілості («немовля», «малюк», «дитина») виявлена у 141, високих рівнів («підліток/юнак», «дорослий») — у 35 та різнонаправлених рівнів — у 64 обстежених з 560.

Щоб використати для подальшого аналізу комбіновані висновки про особистісну зрілість не в одній сукупності, а за окремими градаціями, а також враховуючи малу кількість деяких висновків про особистісну зрілість («немовля», «малюк»), проведено об'єднання споріднених за суттю рівнів та створено нові висновки про особистісну зрілість:

- недиференційований рівень — 74 (13.21%) обстежених;
- низький рівень («немовля» + «малюк») — 56 (10.00%) обстежених;
- середньонизький рівень («дитина» + комбінація «дитина» та «підліток/юнак») — 69 (12.32%) обстежених;
- середньовисокий рівень («підліток/юнак» + комбінація «підліток/юнак» і «дорослий») — 155 (27.68%) обстежених;
- високий рівень («дорослий») — 144 (25.71%) обстежених;

● різнокомбінований рівень (одночасна комбінація низьких і високих рівнів зрілості) — 62 (11.07%) обстежених.

Для аналізу спряженості між рівнями зрілості обстежених та регулярністю вживання будь-якого алкогольного напою не враховували осіб, які надали відповіді про вживання алкоголю «зараз ні, але раніше вживав постійно» та «вживаю постійно, майже щоденно» із-за їх малої кількості (табл. 1). Серед обстежених, які зараз алкоголь вживають часто, виявлена найбільша кількість недиференційованого рівня зрілості — 24.32% (9/37), що статистично значуще більше, ніж у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали зрідка — 10.67% (24/225) ($p < 0.05$). Низький рівень зрілості частіше визначався у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали часто — 21.31% (13/61), що значно більше в порівнянні з особами, які зараз алкоголь не вживають — 3.57% (1/29) ($p < 0.05$), зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали зрідка — 10.67% (24/225) ($p < 0.05$), вживають алкоголь зрідка — 9.58% (16/167) ($p < 0.05$) та вживають алкоголь часто — 5.41% (2/37) ($p < 0.05$). Середньонизький рівень зрілості у більшій кількості реєструвався у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали зрідка — 15.11% (34/225), що суттєво відрізняється від осіб, які вживають алкоголь часто — 2.70% (1/37) ($p < 0.05$). Найбільша кількість середньовисокого рівня зрілості притаманна особам, які зараз алкоголь не вживають — 50.00% (14/28), що значно переважає кількість цього рівня зрілості у осіб, які зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали зрідка — 24.44% (55/225) ($p < 0.01$), зараз алкоголь не вживають, але раніше вживали часто — 19.67% (12/61) ($p < 0.01$) та які вживали алкоголь зрідка — 27.54% (46/167) ($p < 0.05$). Нарешті, високий рівень зрілості в більшій кількості був притаманний особам, які вживали алкоголь зрідка — 29.34% (49/167), а найменша кількість — особам, які зараз алкоголь не вживають — 10.71% (3/28) ($p < 0.05$).

Обстеженим, які раніше палили тютюн багато, а зараз мало, характерна найбільша кількість низького рівня особистісної зрілості — 20.00% (10/50), що статистично значуще більше, ніж у обстежених, які ніколи не палили тютюн — 8.59% (25/291) ($p < 0.05$). Середньовисокий рівень зрілості притаманний здебільшого особам, які жили в сім'ях, де палили тютюн в їх присутності — 39.29% (11/28), це значуще більше в порівнянні з особами, які раніше палили тютюн багато, а зараз мало — 18.00% (9/50) ($p < 0.05$). Найбільша кількість високого рівня зрілості виявлена у обстежених, які раніше палили тютюн, а зараз його не палять — 30.11% (28/93) та які раніше палили тютюн багато, а зараз мало — 30.00% (15/50), що відрізняється від осіб, які жили в сім'ях, де палили тютюн в їх присутності — 10.71% (3/28) ($p < 0.05$ для першого випадку; $t = 1.9397$, $p > 0.05$ — для другого випадку) (табл. 2).

Таблиця 1

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від регулярності вживання будь-якого алкогольного напою ($\chi^2 = 42.27, p=0.0678$)

Рівні зрілості	Регулярність вживання будь-якого алкогольного напою													
	Не вживаю (n=28)		Зараз ні, раніше вживав зрідка (n=225)		Зараз ні, раніше вживав часто (n=61)		Зараз ні, але раніше вживав постійно (n=14)		Вживаю зрідка (1 раз на тиждень і рідше) (n=167)		Вживаю часто (2-3 рази на тиждень) (n=37)		Вживаю постійно, майже щоденно (n=9)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	3	10.71	24	10.67	10	16.39	4	28.57	22	13.17	9	24.32	1	11.11
Низький	1	3.57	24	10.67	13	21.31	0	0	16	9.58	2	5.41	0	0
Середньонизький	4	14.29	34	15.11	9	14.75	2	14.29	19	11.38	1	2.70	0	0
Середньовисокий	14	50.00	55	24.44	12	19.67	4	28.57	46	27.54	11	29.73	5	55.56
Високий	3	10.71	60	26.67	10	16.39	2	14.29	49	29.34	10	27.03	2	22.22
Різномкомбінований	3	10.71	28	12.44	7	11.48	2	14.29	15	8.98	4	10.81	1	11.11

Таблиця 2

Розподіл рівнів особистісної зрілості обстежених залежно від їх ставлення до тютюнопаління ($\chi^2 = 19.29, p=0.5029$)

Рівні зрілості	Ставлення до куріння									
	Ніколи не курил (n=291)		Раніше курил, зараз ні (n=93)		Живу в сім'ї, де курять у моїй присутності (n=28)		Раніше курил багато, зараз мало (n=50)		Постійно курю (n=95)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Недиференційований	32	11.00	15	16.13	5	17.86	7	14.00	15	15.79
Низький	25	8.59	9	9.68	2	7.14	10	20.00	9	9.47
Середньонизький	41	14.09	9	9.68	3	10.71	4	8.00	12	12.63
Середньовисокий	85	29.21	21	22.58	11	39.29	9	18.00	28	29.47
Високий	76	26.12	28	30.11	3	10.71	15	30.00	21	22.11
Різномкомбінований	32	11.00	11	11.83	4	14.29	5	10.00	10	10.53

Висновки

1. Не встановлено зв'язку між рівнями особистісної зрілості людини та вживанням алкоголю.
2. Люди з високими рівнями особистісної зрілості зазвичай раніше палили тютюн, а зараз його не палять або палять мало, що вказує на сприятливий зв'язок цього складника способу життя з рівнем духовного розвитку людини.
3. Результати нашого дослідження доповнюють висновки інших авторів, які стверджують про наявність зворотного зв'язку духовності / релігійності зі складовими способу життя людини, що шкодять здоров'ю [7, 8].

Список використаних джерел:

1. Устав (Конституція) Всемирной организации здравоохранения. Нью-Йорк, 1946. 2006. URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата звернення: 28.02.2021).
2. Bolghan-Abadi M., Ghofrani F., Abde-Khodaei M.S. Study of the Spiritual Intelligence Role in Predicting University Students' Quality of Life. *Journal of religion & health*. 2014. № 53(1). С. 79-85. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9602-0>.
3. Arani Z.A., Biderafsh A., Salmani S. The Relationship of Spirituality Development and Addiction Potential Among Students of Qom University of Medical Sciences. *Journal of religion & health*. 2019. № 58(4). С. 1107-1114. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0643-x>.
4. Савченко В, Буряк О, Харченко Г, Полковенко О, Омері І, Яценко С. Стан духовного здоров'я хворих людей та його зв'язок з медичними висновками про соматичне здоров'я на курорті. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2019; 1(2): 95-106.
5. Савченко В, Харченко Г, Буряк О, Омері І, Неведомська Є, Тимчик О, Яценко С, Погребняк Ю. Особистісна зрілість людини та її зв'язок з інтегральними висновками про функціональний стан кардіо-респіраторної системи. *Спортивна наука та здоров'я людини*. 2022;1(7):80-97. DOI: 10.28925/2664-2069.2022.17.
6. Стівенс Хосе. Приборкай своїх драконів. Як перетворити недоліки на переваги. Переклад з англ. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2019. 462 с.
7. Holt CL, Clark EM, Roth DL. Positive and Negative Religious Beliefs Explaining the Religion-Health Connection Among African Americans. *International journal for the psychology of religion*. 2014; 24(4): 311-331. DOI 10.1080/10508619.2013.828993.
8. Morawa E, Erim Y. Health-Related Lifestyle Behavior and Religiosity among First-Generation Immigrants of Polish Origin in Germany. *International journal of environmental research and public health*. 2018; 15(11): Article number 2545. DOI 10.3390/ijerph15112545.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

УДК 615.82:616.72

Бучинський О. С., аспірант,
«КПІ ім. Ігоря Сікорського»,
Київ, Україна

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВОМУ ПЕРІАРТРИТІ:
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДИЧНИХ ПІДХОДІВ**

Актуальність теми. Адгезивний капсуліт (АК) плеча, тендиніт біцепса, кальцифікуючий тендиніт плеча, імпічмент синдром, бурсит плеча – всі ці захворювання можна об'єднати одним терміном плече-лопатковий періартрит (ПЛП) [1, 2].

Плече-лопатковий періартрит – захворювання, яке характеризується запаленням м'яких тканин навколо плечового суглобу з розвитком набряку, порушенням руху та вираженим больовим синдромом. Запальний процес охоплює не лише суглобову капсулу, але й зв'язки та сухожилки, які прикріплюються до суглобових виступів, а також прилеглий м'язовий масив [3-5].

Виділяють патологію сухожилків м'язів, які оточують суглоб (дегенерацію, кальцифікацію, частковий або повний розрив, запалення), ураження ключично-акроміального суглоба (дегенеративне, зазвичай пов'язане з травматизацією суглоба), дифузне ураження капсули суглоба, ураження субакроміальної сумки та комплексне втягнення структур, розташованих під акроміоном (субакроміальний синдром), ураження периферійних нервів [3].

Больові синдроми в ділянці плеча досить часто супроводжуються розвитком так званого плече-лопаткового періартрозу, або синдрому «замороженого плеча». Під цим терміном розуміють тяжку дисфункцію плечового суглоба з обмеженням згинання, відведення, ротації до 50% від нормального об'єму рухів. Розповсюдженість даного синдрому в популяції сягає 2 – 4 % у віковій категорії 40 - 44 роки і досягає 15 – 20 % у людей старших за 70 років. У жінок плече-лопатковий больовий синдром розвивається частіше, ніж у чоловіків. Частота появи структурних змін зростає з віком. Скарги на біль в плечовому суглобів виникають після фізичного навантаження або виконання стереотипних рухів.

В світі дотепер немає єдиної думки відносно етіології, патогенезу, діагностики, методів лікування та профілактики АК. Важливо поставити точний діагноз та надати оцінку стану пацієнта, щоб найкраще обрати втручання. Аналізуючи опубліковані докази, пов'язані з реабілітацією пацієнтів з АК, можна зробити висновок про ефективність інтегрованого, багатогранного, заснованого на доказах підходу до терапії, однак на сьогодні немає оптимального набору та співвідношення цих втручань. До основних етіологічних факторів можна віднести