демонструвала швидшу динаміку, відновлення сили та рухливості суглоба завдяки збереженому коліну. Водночас, група з ампутацією вище коліна відновлювалася повільніше через більші функціональні обмеження, проте регулярні вправи допомогли запобігти контрактурам кульшового суглоба та зміцнити м'язи тулуба й рук.

Усі бійці опанували навички самоконтролю і правильного позиціонування кукси. Також рання реабілітація покращила емоційний фон пацієнтів, знизила тривожність і підвищила мотивацію до лікування.

Отже, комплексна передпротезна реабілітація покращує стан тканин кукси, зменшує набряк та біль, розширюючи рухову активність пацієнта. Індивідуальна ЛФК запобігає розвитку стійких контрактур і підтримує тонус м'язів для майбутнього протезування. Рівень ампутації суттєво впливає на швидкість відновлення: збережений колінний суглоб забезпечує швидшу готовність до протезування, тоді як ампутація вище коліна вимагає складнішої роботи з профілактики контрактур. Передпротезний етап є обов'язковим для формування функціональної кукси, покращення психоемоційного стану поранених та їхньої успішної подальшої реінтеграції.

УДК 615.82:616.831-009.24-053.2.

ВИКОРИСТАННЯ ТЕЙПІВ У РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМАХ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

[1]Дерека Т. Г., [2]Шейко В. І.

[1]Тренчанський університет Олександра Дубчека в Тренчині, Словаччина

[2]Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка

E-mail: interliycin@ukr.net, tetiana.dereka@tnuni.sk

Серед населення світу частка інвалідів постійно збільшується, в тому числі серед дитячого населення. Кількість осіб, які потребують постійних реабілітаційних заходів та соціалізації становить від 25 до 40 %. Проблема дитячої

інвалідності є однією із актуальних, як для медицини так і для соціальної складової сучасного суспільства. Найбільш поширеною формою дитячої інвалідності є дитячій церебральний параліч. Частота розповсюдженості захворювання дитячого церебрального параліча становить від 1,8 до 9 випадків на 1000 дитячого населення [1, 2].

Характерними ознаками церебрального паралічу є висока стомлюваність, знижений рівень інтелектуальної діяльності, низький рівнь адаптації до психічних та фізичних навантажень. Сучасні реалізаційні програми, здійснюються згідно протоколів та доповнюються додатковими складовими або елементами, що є авторською складовою реабілітаційних програм [3, 4].

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу тейпів на рухливість основних суглобів кінцівок під час комплексної реабілітації дітей з церебральним паралічем.

У нашому дослідженні взяли участь діти віком 6-12 років з діагнозом ДЦП (46 осіб, 52 % хлопчики та 48 % дівчатка), яких розділили на дві підгрупи: перша проходила курс відновлювального лікування без застосування тейпів, а друга проходила відновлювальне лікування з паралельним використанням тейпів. Контроль склала група практично здорових дітей такого ж віку (21 особа). Тейпи накладали на область плечового суглоба з продовженням до ліктьового суглоба та область гомілки з захопленням областей колінного й гомілкового суглобів. Амплітуду рухів в суглобі вимірюють за допомогою гоніометра.

Порівняння показників амплітуди рухової активності при використанні тейпів було виявлено, достовірне збільшення в порівняні з вихідними даними на 26%, 24 %, 31 % 28 % в плечовому, ліктьовому, колінному та гомілковому суглобах відповідно (в середньому амплітуда рухів в усіх суглобах зросла на $8{,}35^0 \pm 1{,}27$ в порівнянні з вихідними значеннями).

В підгрупі дітей, які отримували курс відновлювального лікування, але без використання тейпів, також було виявлено достовірне зростання амплітуди рухів в плечовому, ліктьовому (зростання не мало достовірної різниці), колінному та гомілковому суглобах на 8 %, 6 %, 11 % 14 % відповідно (в середньому

амплітуда рухів в усіх суглобах зросла на $3{,}65^0 \pm 1{,}04$ в порівнянні з вихідними значеннями).

Отже, використання тейпів у реабілітаційних програмах, супроводжувалось достовірним покращенням показників амплітуди рухів в плечовому, ліктьовому, колінному та гомілковому суглобах, що супроводжується зменшенням негативного впливу контрактур у суглобах та гіпертонусу м'язів.

Список літератури

1. Cerebral Palsy Alliance launches 2023. *Research Report* https://cerebralpalsy.org.au/news-stories/cerebral-palsy-alliance-launches-2023-research-report/
2. Global prevalence of cerebral palsy: A systematic analysis https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9804547/.
3. Jackman M., Sakzewski L., Morgan C., et al. Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. *Dev Med Child Neurol.* 2022. May;64(5):536-549.
4. Tanochni M., Sibi D. J., Kumar P. G., et al. Predictors of Risk for Cerebral Palsy: A Review. *Pediatr Phys. Ther*. 2023 1;35(3):347-357 DOI: 10.1097/PEP.0000000000001020

УДК 616.831.4-092

PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF SPINOCEREBELLAR ATAXIA TYPE 1

Dereka T. H.

Alexander Dubček University of Trenčín, Slovak Republic
E-mail: tetiana.dereka@tnuni.sk

Hereditary ataxias are one of the most complex sections of clinical neurology, neurogenetics, and have attracted the close attention of neurologists for more than a century and a half. Epidemiological indicators indicate that ataxias are the most common group of hereditary diseases of the nervous system, second in frequency only to hereditary diseases of the neuromuscular system. Spinocerebellar ataxia type 1 (SCA1) is a rare autosomal dominant disorder characterized by damage to the cortex, pathways, cerebellar nuclei and brainstem, and other parts of the brain. The disease is caused by the expansion of