

## РОЗДІЛ II. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

УДК 616.7

### РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА МАСАЖ У ВІДНОВЛЕННІ ФУНКЦІЙ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Бандуріна К.В., Кузнецов А.О.

69600, Запорізький національний університет, вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, Україна

bandurina79@mail.ru

Різні патологічні стани, що виникають у кістково-хрящовій і м'язовій тканинах хребетного стовпа при шийному остеохондрозі, призводять до появи різноманітних неврологічних синдромів, що залежить від локалізації патологічного процесу в певному руховому сегменті шийного відділу хребта. В останні роки в комплексній терапії й профілактиці загострень остеохондрозу все більшого значення набувають немедикаментозні методи лікування традиційної й нетрадиційної медицини. Магнітно-лазерна терапія та ультразвук є унікальними фізичними чинниками, що забезпечують мікромасаж на рівні тканини і клітини та приводять до збільшення мікроциркуляції в області дії і збільшення швидкості протікання біохімічних реакцій. Магнітне поле в поєднанні з оптичним потоком володіє яскраво вираженою протибольовою і протинабряковою дією. Лікування остеохондрозу хребта містить комплекс засобів фізичної реабілітації – фізичні вправи, лікувальний масаж, фізіотерапію, мануальну терапію й голкорексотерапію. Високу ефективність має масаж при порушеннях рухових функцій, зумовлених остеохондрозом шийного відділу хребта. Отже, механізм дії засобів фізичної реабілітації на організм хворого – нейрорефлекторногуморальний. Правильно підібраний та проведений комплекс реабілітаційних заходів дає можливість прискорити соціальну, трудову та психологічну реабілітацію хворих.

*Ключові слова:* фізична реабілітація, остеохондроз, масаж, шийний відділ, больовий синдром, хребет, функція, опорно-руховий апарат.

### РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МАССАЖ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Бандуріна Е.В., Кузнецов А.О.

69600, Запорожский национальный университет, ул. Жуковского, 66, г. Запорожье, Украина

bandurina79@mail.ru

Разные патологические состояния, которые возникают в костно-хрящевой и мышечной тканях позвоночного столба при шейном остеохондрозе, приводят к появлению разнообразных неврологических синдромов, которые зависят от локализации патологического процесса в определенном двигательном сегменте шейного отдела позвоночника. В последние годы в комплексной терапии и профилактике обострений остеохондроза все большее значение приобретают немедикаментозные методы лечения традиционной и нетрадиционной медицины. Магнитно-лазерная терапия и ультразвук являются уникальными физическими факторами, которые обеспечивают микромассаж на уровне ткани и клетки, и приводят к увеличению микроциркуляции в области действия и увеличения скорости протекания биохимических реакций. Магнитное поле в сочетании с оптическим потоком владеет ярко выраженным противобольевым и противоотечным действием. Лечение остеохондроза позвоночника содержит комплекс средств физической реабилитации – физические упражнения, лечебный массаж, физиотерапию, мануальную терапию и иглорефлексотерапию. Высокую эффективность имеет массаж при нарушениях двигательных функций, предопределенных остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Таким образом, механизм действия средств физической реабилитации на организм больного – нейрорефлекторногуморальный. Правильно подобранный и проведенный комплекс реабилитационных мероприятий дает возможность ускорить социальную, трудовую и психологическую реабилитацию больных.

*Ключевые слова:* физическая реабилитация, остеохондроз, массаж, шейный отдел, болевой синдром, позвоночник, функция, опорно-двигательный аппарат.

## REHABILITATION TECHNOLOGIES AND MASSAGE IN THE RECOVERY OF FUNCTIONS IN THE CERVICAL SPINE

Bandurina E., Kuznetsov A.

*69600, Zaporizhzhya national university, Zhukovsky str., 66, Zaporizhzhya, Ukraine*

bandurina79@mail.ru

Various pathological conditions which arise in bone and cartilage and muscle tissues of the spine with cervical osteochondrosis, give rise to a variety of neurological syndromes that depend on the localization of the pathological process in a particular motion segment of the cervical spine. In recent years, in the complex therapy and prevention of exacerbations of osteoarthritis is becoming increasingly important non-drug treatments for traditional and alternative medicine. Magnetic laser therapy and ultrasound are unique physical factor that provides for micro cell and tissue level, and leads to an increase in the microcirculatory actions and increasing the rate of biochemical reactions. The magnetic field in combination with the optical flow has a pronounced analgesic and anti-edema effect. Treatment of osteochondrosis contains a complex of physical rehabilitation - physical exercise, massage therapy, physiotherapy, manual therapy and acupuncture. High efficiency has massage with mobility impairments, predefined osteochondrosis of the cervical spine. Thus, the mechanism of action of physical rehabilitation for the patient's body - *neurorreflektornogumoralny*. Properly selected and conducted complex rehabilitation provides an opportunity to accelerate social, labor and psychological rehabilitation of patients.

*Key words: physical rehabilitation, low back pain, massage the cervical, pain, spine, function, musculoskeletal system.*

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Остеохондроз хребта – це дегенеративно-дистрофічне захворювання міжхребцевих дисків з подальшим розвитком реактивних змін у тілах суміжних хребців, міжхребцевих суглобах та зв'язковому апараті. Саме остеохондроз хребта, на який хворіють 20% населення земної кулі, займає перше місце в групі захворювань опорно-рухового апарату, вражаючи найбільш працездатну частину населення – людей молодого та середнього віку [1,6]. Крім цього, остеохондроз займає третє місце щодо трудовтрат у загальній структурі захворюваності серед осіб цього віку. Частка клінічних неврологічних проявів остеохондрозу серед захворювань периферичної нервової системи становить 67-95%. Захворювання призводить не тільки до погіршення якості життя, а часто і до втрати професійної працездатності та інвалідизації – 4 осіб на 10 тис. населення. Повністю втрачають працездатність 2/3 цих хворих. Це свідчить про недостатню ефективність застосовуваних засобів і методів лікування та фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом хребта [1, 2, 5].

Патологічний процес при остеохондрозі в більшості випадків локалізується в шийному або в поперековому відділах хребта. Клінічна картина цього захворювання завжди супроводжується больовим синдромом, тривалий перебіг якого зумовлює прогресування патологічних процесів у хребті. Проте, незважаючи на велику кількість неврологічних синдромів зумовлених остеохондрозом хребта, вони мають спільні ознаки: біль у шиї, який посилюється при рухах у хребті, рефлекторний спазм м'язів та обмеження амплітуди рухів у хребті. Беручи до уваги механізм розвитку остеохондрозу, багато дослідників (Єпіфанов В.А., Коган О.Г., Попелянський Я.Ю та ін.) наголошують на необхідності патогенетичного впливу на основне захворювання, а не симптоматичне [7, 9].

### АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Остеохондроз зараз є найпоширенішою хворобою хребта, на яку страждає більше 80% населення України. На остеохондроз найчастіше хворіють люди літнього віку. Хоча зараз це захворювання дуже «помолодшало», часто зустрічаються підлітки із таким захворюванням. Захворювання супроводжується болем у спині і обмеженням рухів в уражених суглобах. На фоні остеохондрозу можуть розвиватись дисфункції або захворювання внутрішніх органів, нервової системи [4, 6].

Його можуть спричинити різноманітні фактори, зокрема, інфекційні, ревматоїдні захворювання, аномалії розвитку хребта, травми, ендокринні захворювання, спадковість, статичні та динамічні перевантаження, вібрація, погана екологія. Умовно можна виділити поперековий, шийний, грудний.

Існує кілька версій походження захворювання. Найпоширеніша – генетична схильність, що виявляється у 48% населення. Остеохондроз трапляється і в молодих, і в літніх людей. Чоловіки хворіють майже у два рази частіше, ніж жінки. Це пояснюється тим, що на біль у хребті та прилеглих тканинах страждають переважно особи, які займаються важкою фізичною працею, важкими видами спорту (вантажники, атлети), які тривалий час знаходяться у вимушеному положенні (бухгалтери, водії, креслярі, програмісти тощо).

Остеохондроз часто загострюється під впливом несприятливих погодних умов – переохолодження, протяги, а також при фізичних перевантаженнях. Якщо в людини немає будь-яких вроджених дефектів хребта, то, як правило, причиною виникнення остеохондрозу стає та чи інша професійна діяльність.

Шийний остеохондроз можна вважати професійним захворюванням водіїв. Протяги і різкі гальмування на дорогах сприяють підвивихам шийних хребців, які можуть призвести до травми шийних відділів хребта. Хворим необхідно користуватися комірком Шанца. Він зафіксує шийний відділ хребта, зменшить м'язову напругу і розвантажить судинну систему. Багато водіїв за кордоном, подорожуючи на далекі відстані, все активніше його використовують.

Клінічними проявами остеохондрозу залежно від локалізації процесу є статичні, неврологічні, вегетативні розлади. Ці синдроми часто сполучаються з відповідною рентгенологічною картиною, хоча паралелізму між ними немає [3, 5]. При остеохондрозі шийного відділу хребта дегенеративні зміни в диску частіше зустрічаються в найбільш рухливих нижніх шийних відділах хребта С5-С6-С7.

Клінічна картина остеохондрозу шийного відділу хребта залежить, головним чином, від кісткових змін і менше – від гриж міжхребцевих дисків. Виділяють 3 основні синдроми при остеохондрозі шийного відділу хребта – корінцевий (нейродистрофічний), спинальний і дистрофічно-вегетативний (вегетативний) [7, 9].

Різні патологічні стани, що виникають у кістково-хрящовій і м'язовій тканинах хребетного стовпа при шийному остеохондрозі, призводять до появи різноманітних неврологічних синдромів, що залежить від локалізації патологічного процесу в певному руховому сегменті шийного відділу хребта. Найбільш частими синдромами шийного остеохондрозу є корінцевий і плечелопатковий періартрит, але, як правило, в одного хворого відзначається поєднання двох-трьох синдромів. При захворюванні на остеохондроз шийного відділу хребта розрізняють три періоди – гострий, підгострий і період ремісії [8, 10].

Кожний із цих періодів характеризується певною клінічною симптоматикою. Найбільш частими клінічними синдромами шийного остеохондрозу є синдром хребетної артерії, корінцевий синдром, синдром плечелопаткового періартриту.

В останні роки в комплексній терапії й профілактиці загострень остеохондрозу все більшого значення набувають немедикаментозні методи лікування традиційної й нетрадиційної медицини.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Мета дослідження – виявити ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації при дегенеративно-дистрофічному ураженні шийного відділу хребта.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан проблеми в науково-методичній літературі, узагальнити досвід і практику з питання реабілітації при дегенеративно-дистрофічному ураженні шийного відділу хребта.
2. Запропонувати програму фізичної реабілітації при дегенеративно-дистрофічному ураженні шийного відділу хребта.
3. Оцінити ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації.

У дослідженні брали участь 16 жінок віком 35-45 років з діагнозом дегенеративно-дистрофічне ураження шийного відділу хребта. У пацієнток реєструвався хронічний біль. Переважали неврологічні синдроми з головними болями, болями в області потилиці, шийного відділу хребта, у міжлопаточковій області, ділянці серця. При цьому спостерігалось обмеження рухливості в шийному відділі хребта, у плечовому суглобі.

Біль мав виражене психоемоційне забарвлення. Відомо, що основними емоційними порушеннями, пов'язаними з болем у спині, є тривожно-депресивні розлади [2].

Учасниці дослідження були поділені на контрольну та експериментальну групи по 8 осіб кожна. Пацієнти контрольної групи отримували масаж та фізіотерапевтичні процедури на апараті МІТ – 11 (магніто-лазера та ультразвука) три рази на тиждень.

Пацієнтки експериментальної групи, окрім масажу та фізіотерапевтичних процедур, займалися фізичними вправами по запропонованій програмі. Експериментальна група протягом робочого дня робила фізкультхвилинки щодня, гігієнічну ранкову гімнастику, пройшли курс фізіотерапевтичних процедур (магніто-лазера і ультразвука) на апараті МІТ - 11, а так само, щоденно займались оздоровчою лікувальною гімнастикою.

Фізіотерапевтичний комбінований апарат МІТ-11 призначений для лікування пацієнтів з використанням низькочастотного або середньочастотного ультразвука й імпульсного магнітного поля, у поєднанні з оптичним потоком червоного та інфрачервоного (або синього) спектру.

Ультразвук є унікальним фізичним чинником, який забезпечує мікромасаж на рівні тканини і клітини, що приводить до збільшення мікроциркуляції в області дії і збільшення швидкості протікання біохімічних реакцій. Магнітне поле в поєднанні з оптичним потоком володіє яскраво вираженою протибольовою і протинабряковою дією.

Окрім унікального поєднання перерахованих чинників, апарат МІТ-11 забезпечує: можливість трирівневого принципу дії, тобто одночасної дії на центральну нервову систему (проекція довгастого мозку), периферичну нервову систему (сегмент хребта) і на сам орган або його проекцію; резонансного принципу дії на орган або функціональну систему загалом. Найбільш ефективний апарат при лікуванні: захворювань опорно-рухового апарату; больових синдромів і запальних процесів; гінекологічних і урологічних захворювань; захворювань ЛОР органів; розгладженні зморшок і корекції ваги (лікування целюліту).

Апарат МІТ-11 призначений для використання в медичних лікувальних установах, санаторіях і лікувально-профілактичних комплексах, косметологічних кабінетах і центрах спортивної медицини.

Протипоказання до застосування апарату МІТ-11: малігнізація; схильність до кровотеч; гостра дихальна, ниркова і печінкова недостатність; гіпертонічна хвороба II-III стадії; ІХС із стенокардією і аритмією; індивідуальна підвищена чутливість; гостре порушення мозкового кровообігу; різко виражена гіпотензія; наявність електронних кардіостимуляторів.

Періодичність проведення процедур: щодня або через день. Кількість процедур: 8-10. Повторне лікування: через два місяці в разі необхідності.

У лікуванні остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта великого значення набуває класичний лікувальний масаж, що має на меті: зниження виразності больового синдрому; поліпшення кровообігу в області хребта й м'язах спини; зняття зайвої патологічної напруги м'язів ший і спини; зміцнення м'язів спини.

Методика виконання лікувального масажу багато в чому залежить від стадії захворювання, клінічної картини його прояву. Те саме захворювання проявляється в кожній людині по-різному, тому й методика класичного лікувального масажу розробляється для конкретного пацієнта з урахуванням особливостей плину патологічного процесу.

Масаж робили в положенні хворого лежачи на животі. Починали масаж зі спини: погладжування, вижимання, розминання – (усі прийоми – по 3-4 рази). Верхня частина

спини, в області лопаток, вимагає особливого опрацювання. Спочатку 6-7 разів робили погладжування від нижнього кута лопаток вгору до шиї – то з одного боку, то з іншого. Потім масажували надпліччя: погладжування (6-8 разів), вижимання (4-5 разів), розминання – (по 3-4 рази), погладжування і потрушування (по 2-3 рази) – то з одного, то з іншого боку.

Далі масажували шию: погладжування від волосистої частини голови вниз до спини (8-10 разів). Якщо воно не викликало болю в хребті, робили вижимання по трьох-чотирьох лініях задньої і бічних частин шиї (3-4 рази). Закінчували масаж прогладжуванням.

Виконується масаж шиї так. Починають його із задньої частини, спочатку виконують погладжування однією або обома руками. Щільно притиснуті долоні рухаються зверху від волосяного покриву вниз до спини і до плечових суглобів. Потім роблять вижимання ребром долоні і бугром великого пальця.

Основний прийом масажу шиї – розминання – проводиться подушечками чотирьох пальців однойменної руки шляхом придавлювання м'язів до кістки і одночасного переміщення в боки. Починають розминати від потиличної кістки по напрямку вниз до лопаток 4-5 разів з одного боку і 4-5 разів – з іншого. Потім знову роблять погладжування і повторюють розминання.

Далі працюють із надпліччями – погладжують трапецієподібні м'язи від вуха до плечового суглоба. Після цього роблять вижимання – захопивши м'яз подушечками всіх пальців, розминають його зі зсувом в бік.

Розтирання проводять круговими рухами, чотирма пальцями від одного вуха до іншого по лінії потиличної кістки, тобто в місцях прикріплення м'язів шиї. Те саме повторюють і уздовж шийних хребців від волосяного покриву до спини. Завершують масаж задньої частині шиї погладжуванням.

Масаж передньої поверхні шиї. Погладжування виконується поперемінно кистями рук, від ключиць до підборіддя. Рухи рук повинні бути ніжними, щоб шкіра під ними не зсувалася і не розтягувався. Після цього переходять до кругового розминання грудинно-ключично-соскоподібного м'яза подушечками чотирьох пальців: від мочки вуха вниз по передньо-боковій поверхні шиї до грудини. Розтирання робиться навколо цього м'яза і за вухом, чергують розтирання з погладжуванням і розминкою цієї м'язи.

Для зменшення патологічної больової імпульсації з уражених сегментів хребта застосовувались такі засоби:

- вправи для розслаблення – дихальні та ізометричні вправи для шиї та плечей в розвантажувальних положеннях;
- вправи з осьовою тракцією хребта, які застосовувались після розслаблення м'язів;

Для покращення кровопостачання уражених тканин застосовувались динамічні вправи.

## **ВИСНОВКИ**

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що низка проблем реабілітації хворих із захворюваннями дегенеративно-дистрофічними ураженнями шийного відділу хребта залишається недостатньо вивченою. Дотепер не визначений оптимальний строк призначення різних засобів відновлювальної терапії при різних по характеру і тяжкості дегенеративно-дистрофічних уражень шийного відділу хребта. Існують протилежні погляди з теоретичного і практичного питань стосовно проблеми. Немає чіткої визначеності щодо механізмів відновлення рухових функцій, до кінця не встановлена роль факторів, які впливають на процес відновлення порушених функцій.

У зв'язку із цим удосконалення системи реабілітаційних заходів для пацієнтів з дегенеративно-дистрофічним ураженням шийного відділу хребта є вкрай важливим завданням.

Нами була складена програма фізичної реабілітації, що спрямовувалась на максимальне відновлення функціональних порушень, порушень психоемоційної сфери, профілактику рецидивів. Фізичні вправи з наступним розтягуванням уражених м'язів запобігали появі больових відчуттів, ліквідували контрактури м'язів, у зв'язку із чим ефективність міокорекції зростала. Використання фізіотерапевтичних процедур на апараті МІТ-11 покращували метаболізм в клітинах, циркуляцію крові та лімфи, допомагали розслабленню та зігріванню м'язів. Лікувальний масаж сприяв зниженню виразності больового синдрому, поліпшенню кровообігу в області хребта й м'язах спини, зняттю зайвої патологічної напруги м'язів шиї й спини, зміцненню м'язів спини.

Правильно підібрана форма організації реабілітаційного процесу, спрямована на методичну, планомірну, багатогодинну роботу, забезпечила позитивний результат.

Розроблена програма з використанням фізичних вправ та фізіотерапевтичних процедур на апараті МІТ - 11 виявилася адекватним засобом фізичної реабілітації, сприяла зменшенню ступеня клінічних проявів і емоційних розладів при дегенеративно-дистрофічних ураженнях шийного відділу хребта.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей : в 2 т. – Т. 2 / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – 2-е изд., перераб и доп. – М. : Медицина, 2001. – 480 с.
2. Дубровский В.И. Спортивная медицина / В.И. Дубровский. – М. : Гуманит. изд-во центр ВЛАДОС, 1998. – 445 с.
3. Епифанов В.А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
4. Єфіменко П.Б. Техніка та методика масажу: навчальний посібник / П.Б. Єфіменко. – Х. : ОВС, 2001. – 144с.
5. Основы теории и практики мануальной диагностики и лечения. Методические рекомендации / [сост. Т. А. Шитиков]. – Днепропетровск : Днепркнига, 2004. – 122 с.
6. Оржеховська В.М. Педагогіка здорового способу життя / В.М. Оржеховська // Основи здоров'я та фізична культура. – № 4. – 2007. – С. 20 – 22.
7. Полянська О.С. Медична та соціальна реабілітація: навчальний посібник / О.С. Полянська, В.К. Ташук. – Чернівці : Медакадемія, 2004. – 232с.
8. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособ. / Под ред. Л.В. Шапковой.– М. : Сов. спорт, 2004.– 464 с.
9. Шевага В.М. Захворювання нервової системи / В.М. Шевага, А.В. Паєнок. – Львів : Світ, 2004. – С. 170-177.
10. Шевага В.М. Невропатологія : [підручник] / В.М. Шевага, А.В. Паєнок, Б.В. Задорожна. – 2-е вид., перероб. і доп. – К. : Медицина, 2009. – 656 с.

### REFERENCES

1. Illnesses of the nervous system: Guidance for doctors : In 2 t. is T. 2 / Under red. N.N. Yakhno, D.R. Shtul'mana. it is a 2th publ., pererab and dop. M. : Medicine, 2001. – 480 p.
2. Dubrovskiy V.I. Sporting medicine / V.I. Dubrovskiy. M. : Gumanit. izd-vo is a center VLADOS, 1998. – 445 p.
3. Epifanov V.A. Restoration treatment at diseases and damages of spine / V.A. Epifanov, A.V. Epifanov. it is M. : MEDpress-inform, 2008. – 384 p.

4. Efimenko P.B. Technology and technique of massage. Textbook. / PB Yefymenko. - Kharkov: ATS, 2001. – 144 .
5. Fundamentals of the theory and practice of chiropractic diagnosis and treatment. Guidelines / [Ed. TA Shitikov]. - Dnepropetrovsk: Dneprokniga, 2004. - 122 p.
6. Orzhekhovska v.m. Pedagogics of healthy way of life / V.M. Orzhekhovska of // Basis of health and physical culture. – № 4. – 2007. – S. 20 – 22.
7. Polyanska O.S. the Medical and social rehabilitation: Train aid. / O.S. Polyanska, V.K. Taschuk. - Tchernivtsi : Medakademiya, 2004. – 232s.
8. Private methods of adaptive physical culture: ucheb. posob. / Under red. L. V. of Shapkovoy.– M. : Owls. sport, 2004.– 464 p.
9. Shevaga v.m. Neuropathology : [textbook] / V.M. Shevaga, A.V. Paenok, B.V. Zadorozhna. – 2th kind., pererob. and dop. K. : Medicine, 2009. – 656 s.
10. Shevaga v.m. Disease of the nervous system / V.M. Shevaga, A.V. Paenok – Lviv. : World, 2004. – S. 170-177.

УДК 616.8

## **НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА У СФЕРІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ НАУКОВО-ДОКАЗОВОЇ ПРАКТИКИ**

Баришок Т.В.

*69600, Запорізький національний університет, вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, Україна*

krapa\_tv@rambler.ru

У статті вистівлено питання необхідності запровадження стандартів науково-доказової практики у сфері охорони здоров'я, а саме в науково-дослідній роботі та практичній діяльності фахівців з фізичної реабілітації. Мета – вивчення проблем доказового підходу в галузі охорони здоров'я, розкриття його потенціалу як технології забезпечення збереження здоров'я та підвищення якості життя, формування в фізичних реабілітологів професійно значущих навичок дотримання засад доказової практики та використання її інформаційних ресурсів під час прийняття рішень щодо діагностики, підбіру засобів відновлення, профілактики захворювань та інших порушень здоров'я. Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури та всесвітньої інформаційної мережі Інтернет. Теоретичний аналіз науково-методичної літератури засвідчив, що науково-доказова практика – це поєднання і впровадження кращих наявних результатів наукових досліджень, клінічного досвіду, цінностей і переконань пацієнта, для ведення догляду за пацієнтом. Висвітлено цілі науково-доказової практики, представлено 4 рівні доказовості, ієрархію доказовості різних типів клінічних досліджень, розкрито поетапний підхід та представлено авторитетні дослідження в галузі охорони здоров'я. Доведена важливість слідування принципам науково-доказової практики, яка зумовлена тим, що методично недосконалі дослідження спотворюють результат.

*Ключові слова: науково-доказова практика, охорона здоров'я, фізична реабілітація.*

## **НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА В СФЕРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ**

Барышок Т.В.

*69600, Запорожский национальный университет, ул. Жуковского, 66, г. Запорожье, Украина*

krapa\_tv@rambler.ru

В статье раскрыт вопрос о необходимости введения стандартов научно-доказательной практики в сфере здравоохранения, а именно в научно-исследовательской работе и практической деятельности специалистов по физической реабилитации. Цель – изучение проблем доказательного подхода в области здравоохранения, раскрытие его потенциала как технологии обеспечения сохранения здоровья и повышения качества жизни, формирование у физических реабилитологов профессионально значимых навыков соблюдения принципов