

Методологія дослідження включає теоретичний аналіз та синтез сучасної науково-методичної літератури та документальних джерел, а також застосування педагогічного спостереження та експерименту. Для обробки отриманих результатів використовуються методи математичної статистики та розрахунку узагальнюючих коефіцієнтів.

У ході наукового дослідження було встановлено, що у дітей, які займаються футболом наявна велика кількість травм та порушень опорно-рухового апарату, які пов'язані з особливостями ігрової діяльності. Доведено, що застосування комбінованих методів реабілітації є найбільш оптимальним та ефективним підходом.

Згідно з отриманими даними можна зробити висновок, що застосування комплексного підходу у проведенні реабілітаційних заходів з використанням сучасних видів фізіотерапії та масажу, які можна поєднувати також з іншими спеціалізованими методиками, дозволяє досягти кращих результатів у відновленні функцій опорно-рухового апарату та підвищенні спортивної підготовленості. Комбіновані методи реабілітації дозволяють розробляти індивідуальний підхід до кожного спортсмена, враховуючи його індивідуальні особливості (вік, рівень фізичної підготовленості, функціональні можливості, рівень спортивної кваліфікації). Вони також дозволяють забезпечити комплексний підхід до реабілітації, включаючи не лише фізичну, але й психологічну та соціальну підтримку.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ТРАВМ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Базаров І.О.

Науковий керівник: д. мед. н. , проф. Головаха М.Л.

Кафедра травматології та ортопедії

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Травматичні вивихи плеча займають 1 місце серед усіх вивихів. Це пояснюється анатомо-фізіологічними особливостями плечового суглоба: куляста головка плечової кістки та плоска суглобова западина лопатки, відсутність співвідношення в їх розмірах, велика порожнина суглоба, слабкість капсульно-зв'язкового апарату, особливо в його передніх відділах, найбільший об'єм рухів у суглобі. Причини, що приводять до травматичних вивихів ділять на дві групи: ті, що більш-менш сприяють; ті, що викликають. До перших, головним чином, відносяться взаємозв'язок будови і функції суглобів верхньої кінцівки. До причин, що викликають відноситься пряма і непряма зовнішня сила (травма).

Мета. Дослідження полягає у вивченні ефективності методів реабілітації плечового суглобу після травматичних вивихів, зокрема передніх, нижніх і задніх, враховуючи анатомо-фізіологічні особливості цього суглоба та основні принципи медичної реабілітації.

Матеріали і методи. Реабілітація при травмах плечового суглобу повинна бути спрямована на усунення болю та відновлення функціональних рухів за рахунок динамічної стабільності ротаторної манжети та м'язів лопатки. Під час усіх терапевтичних заходів слід уникати болючих рухів і положень. Терапевтичні вправи призначають на 2-й день після вправлення вивиху.

Виділяють основні найважливіші принципи медичної реабілітації:

- єдність психосоціальних і медичних методів реабілітації;
- ранній початок;
- системність, послідовність, безперервність;
- індивідуалізація реабілітації з урахуванням адаптаційних можливостей організму конкретного хворого;
- принципи партнерства, що передбачають активну участь хворого в реабілітаційному процесі;
- комплексність і динамічність;
- принцип закінченості, з досягненням стійкого рівня відновлення здоров'я;
- використання підтримуючих заходів в періоді залишкових явищ після травми або захворювання.

Залежно від положення голівки плеча після вивиху розрізняють передній вивих, що трапляється у переважній більшості випадків, а також нижній і задній вивихи. Після вправлення вивиху головки плечової кістки здійснюють іммобілізацію гіпсовою лонгетою або пов'язкою Дезо на 3-4 тиж. **Отримані результати.** Фізична терапія будується по трьох періодах. У перший, іммобілізаційний, період вирішуються наступні завдання: стимуляція процесів регенерації; стимуляція скорочувальної здатності м'язів, що оточують плечовий суглоб для зменшення їх атрофії й профілактики контрактур; підтримка загальної працездатності спортсмена. У першому періоді застосовуються наступні засоби: фізіотерапія – УВЧ на плечовий суглоб через добу після операції (5-7 процедур); низькочастотна магнітотерапія (12-15 процедур) і терапевтичні вправи. У перші 2-3 дні проводяться загальнорозвиваючі вправи для здорової руки, ніг, тулуба, дихальні вправи. Обов'язково включаються спеціальні вправи для кисті оперованої руки з кистьовим еспандером, тенісним м'ячем.

Другий період реабілітації – постіммобілізаційний, чи функціональний. У цей період необхідно пріоритетне зміцнення м'язів-стабілізаторів і інших м'язових груп плечового суглоба, тому що їхнє зміцнення повинне випереджати збільшення рухливості суглобів. Також важливе відновлення рухливості в плечовому суглобі у всіх площинах та відновлення загальної працездатності спортсменів. Заняття фізичними вправами варто проводити в басейні чи тренажерному залі, бажано з перших днів після зняття іммобілізації. Динамічні спеціальні вправи для м'язів плечового поясу здійснюються з виключенням маси кінцівок. Потім вони змінюються динамічними вправами для м'язів плеча й передпліччя з подоланням маси кінцівки в повільному темпі. Ще через 5 днів спортсмени починають виконувати динамічні вправи з додатковим обтяженням. Для відновлення загальної працездатності протягом другого періоду щодня використовують тренування на велоергометрі чи в бігу, на гребному тренажері й ін. з пульсом 150-160 уд/хв, тривалістю 30-40 хв.

У відновному (тренувальному) періоді головну увагу слід звернути на відновлення сили і витривалості м'язів, що зміцнюють плечовий суглоб, а також м'язів верхньої кінцівки і лопатки. З цією метою, крім спеціальних вправ на блокових апаратах, з гантелями, еспандерами і гумовими бинтами, слід широко використовувати трудотерапію. Завданнями третього періоду є: відновлення повної амплітуди не тільки активних, але також пасивних рухів по всіх осях; відновлення максимальної сили м'язів плечового поясу; відновлення загальної працездатності й відновлення специфічних навичок спортсмена, підготовка його до поновлення тренування. Основними засобами реабілітації в цей час є спеціалізовані фізичні вправи, що виконуються в тренажерному залі, басейні, тренувальних залах і на стадіоні. Усі застосовувані вправи можна поділити на три групи: локальні й регіонарні силові вправи для м'язів плечового поясу проводяться щодня із субмаксимальною інтенсивністю; імітаційні й спеціальні підготовчі вправи відповідно до виду спорту на гнучкість, спритність, силу; загальнорозвиваючі й спрямовані на загальну витривалість спортсменів. Терапевтичні вправи повинні впливати не тільки на зміцнення м'язів плечового поясу, а й нервово-м'язове перенаванчання. Роль ротаторної манжети полягає в тому, щоб забезпечити динамічну стабільність плечового суглоба, працюючи зі стабілізаторами лопатки, щоб рухати верхню кінцівку послідовним, скоординованим способом. Координацію м'язів і кінестезію можна покращити за допомогою спеціальних методів втручання. Корисними компонентами лікування можуть бути тренування, ритмічна стабілізація та/або пропріоцептивні нейром'язові вправи. Заходи, пов'язані з поверненням до занять спортом, повинні бути включені в заключні фази реабілітації. Після того, як пацієнт продемонструє достатню силу та нервово-м'язовий контроль, щоб бути готовим до пліометричних вправ, ці вправи підвищать потужність і максимальне напруження ротаторної манжети та лопаткових м'язів для забезпечення необхідного переходу до високошвидкісної діяльності. Крім того, інтервальні спортивні програми тренуватимуть мускулатуру відповідно до конкретних вимог окремого виду спорту. **Висновок.** Результати дослідження підтверджують ефективність фізіотерапевтичних методів у реабілітації

плечового суглобу після травматичних вивихів. Робота над фізичною терапією відбувається у трьох періодах: іммобілізаційному, постіммобілізаційному (функціональному) та відновному (тренувальному). Розроблені методи реабілітації враховують особливості рухового апарату та сприяють швидкому та повному відновленню пацієнтів після травми.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДИК В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДЦП

Рудковський Є. В.

Науковий керівник: к.м.н. , ас.Пащенко І. В.

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження: оцінити ефективність застосування методики розвитку верхніх кінцівок та навички балансування тулуба в положенні сидючи та використання бігової доріжки в підвісній терапії у пацієнтів з ДЦП.

Матеріали та методи - Використовували наступні методи: вправи для розвитку координаційних можливостей в положенні сидючи, PBWSTT або "Partial Body-Weight-Supported Treadmill Training" та BWSTT, яке означає - "Body-Weight Supported Treadmill Training" поєднанні з кінезіотерапевтичною кабінною та підвісними системами. Із спорядження були використані фітбол діаметром 65см, вертикалізатор, бігова доріжка, кінезіотерапевтична кабіна з розвантажувальною системою та підвісна система "Павук". В дослідженні прийняли участь 13 дітей, із яких 5 проводились вправи для розвитку координаційних можливостей в положенні сидючи і 8 дітей проходили терапію з використанням методик PBWSTT та BWSTT.

Результати дослідження – Вихідний рівень дітей варіювався від 2 до 5 рівнів за шкалою GMFCS та відсоток за шкалою GMFM від 5,37% до 99%. Терапія на розвиток координації в положенні сидючи не дала позитивних результатів дітям із 2 та 3 рівнями GMFCS, проте завдяки поєднанню кабінної і цього методу вдалося досягти покращення у дітей 4 і 5 рівнів від 5% до 11% за шкалою GMFM. Суттю цієї комбінації засобів і методів були тренування стабільності тулуба, соматосенсорного та зорового сприйняття. Разом з вищезазначеною методикою проводилось поєднання систем "Павук" і бігової доріжки за допомогою методів частковою та повної підтримкою власної ваги (PBWSTT та BWSTT). Така система реабілітації корисна дітям з 3 по 5 рівень GMFCS, бо дозволила покращити руховий рівень 2 дітей з 4 до 3. Також було досягнуто підвищення відсотку великих моторних функцій від 13,75% до 29,1%.

Висновок. Виявлено, що поєднання сучасних методик в реабілітаційній кабіні та підвісній терапії з урахування індивідуальних потреб та можливостей суттєво підвищує результат від реабілітаційного втручання у дітей із ДЦП.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ПРИ ТЕНДИНОПАТІЇ АХІЛОВОГО СУХОЖИЛКА ТЕНІСІСТІВ

Пробачай О.О.

Науковий керівник: к. мед. н. , доц. Кожем'яка М.О.

Кафедра травматології та ортопедії

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Тендінопатія ахілового сухожилка – запальний процес у відповідь на невелике загоєння травми, яке супроводжується проліферацією теноцитів, ознаками дегенерації в клітинах сухожилка та руйнуванням колагенових волокон. За даними досліджень, поширення захворювання становить до 35% випадків розривів, які зафіксовані при занятті спортом. Медикаментозна терапія дозволяє купіювати ранні симптоми болю та