



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

В кінці дослідження показники складали: ММТ литкового м'яза в КГ складало $3 \pm 0,3$ бали та ЕГ складало $5 \pm 0,23$ бали ($p < 0,05$); проба Ромберга в КГ складала $9,35 \pm 0,4$ с. ($p < 0,05$), в ЕГ складала $58,62 \pm 0,34$ с. ($p < 0,05$), гоніометрія (згинання-розгинання) в КГ складало $103^\circ \pm 0,56 - 82^\circ \pm 0,34$ ($p < 0,05$), в ЕГ складало $126^\circ \pm 0,54 - 73^\circ \pm 0,35$ ($p < 0,05$).

Висновок: відповідно до порівняльної характеристики показників на початку та в кінці дослідження дійшли до висновку, що проведена програма фізичної терапії виявилася ефективною та сприяла скороченню строків відновлення функціонального стану гомілковостопного суглоба та повернення до повсякденного життя.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ТРАВМАХ І ПОШКОДЖЕННЯХ ЗВ'ЯЗОК КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Пошелюк Д.І., III медичний факультет, 3 курс
(наук. кер. доц. Черненко О.Є.)

Актуальність проблеми. У XXI столітті травматизм є дуже поширеною медико-соціальною проблемою. Причини летальності в результаті травми займають 3-тє місце, поступаючись лише серцево-судинним і онкологічним захворюванням, а в осіб молодого віку є провідними. В останні роки відзначається збільшення кількості травм серед найбільш працездатного контингенту населення. У процесі рухової активності людини велике навантаження припадає на колінний суглоб і від його стану, як суттєвої частини опорно-рухового апарату, залежать стійкість людини, витривалість під час ходьби, бігу і стрибків. Частота травматичних ушкоджень колінного суглоба в структурі травм опорно-рухового апарату становить від 50 до 70%. Це пов'язано зі складною анатомічною конфігурацією колінного суглоба та функціональною рухомістю у трьох проекціях. Аналіз літературних джерел свідчить про те, що серед ушкоджень зв'язкових структур колінного суглоба провідне місце займають ушкодження хрестоподібних зв'язок та менісків.

Мета – вивчити особливості відновлення функцій колінного суглоба засобами фізичної терапії.

Матеріали та методи: аналіз сучасної наукової та методичної літератури, синтез та узагальнення отриманих даних.

Отримані результати. Причинами пошкоджень зв'язок колінного суглоба є удари по коліну, падіння на зігнутий колінний суглоб, насильницьке згинання, надмірна ротація гомілки при зігнутій нозі. Основними симптомами цих пошкоджень є локальний біль, припухлість, гемартроз, порушення опорної та рухової функцій. А специфічними ознаками при розривах хрестоподібних зв'язок є симптом передньої або задньої «висунутої шухляди» відповідно локалізації пошкодження; а ознаками пошкодження бічних зв'язок – бічне відхилення гомілки в протилежну пошкодження сторону. Пошкодженню передньої хрестоподібної зв'язки зазвичай передують травми колінного суглоба, відразу після якої виникає біль і сильний набряк коліна. При розриві передньої хрестоподібної зв'язки часто чути тріск, проте це неспецифічна ознака, яка буває і при розривах інших зв'язок колінного суглоба. Крім того, в момент травмування больові відчуття травмованої людини можна порівняти з больовими відчуттями, що схожі на ті, які мають місце при вивихові гомілки до переду або вбік. Крім передніх хрестоподібних зв'язок, з боків колінного суглоба розташовані бічні колатеральні зв'язки – медіальна і латеральна. Усередині колінного суглоба знаходяться наймогутніші сполучнотканинні хрестоподібні зв'язки. Передня хрестоподібна зв'язка з'єднує стегнову кістку і передню поверхню великогомілкової кістки. Вона перешкоджає зсуву великогомілкової кістки вперед при русі.

Лікування при частковому розриві передніх хрестоподібних зв'язок колінного суглоба консервативне: накладається гіпсова пов'язка до верхньої третини стегна на 4-5 тижнів, працездатність відновлюється через 6-7 тижнів. При повному розриві проводять оперативне лікування. В останні десятиріччя хірурги проводять артроскопічні операції і з 2-ї доби після неї призначають фізичну реабілітацію. Дані операційні втручання не лише дозволяють зберегти функціональну здатність суглоба, але й попередити розвиток посттравматичного деформуючого артрозу. Ефективність фізичної реабілітації після проведення артроскопічного операційного втручання залежить від правильної оцінки функціональних порушень колінного суглоба, стану його структурних елементів, зокрема хряща та зв'язкового апарату, післяопераційного гемартрозу. Більшість функціональних порушень пов'язана з передопераційними ушкодженнями структур колінного суглоба та власне операційним втручанням із наступним обмеженням рухомості суглоба, особливостями післяопераційного періоду – репаративними процесами. Перший і основний напрямок реабілітації (медичної і фізичної) – відновлення здоров'я хворого за допомогою комплексного використання різних засобів, спрямованих на максимальне відновлення порушених фізіологічних функцій організму, а в разі неможливості досягнення цього – розвиток компенсаторних і замісних функцій.

Ніякі інші засоби і методи реабілітації не в змозі замінити фізичні вправи. Тільки в результаті їх впливу можливо відновити і вдосконалювати фізичну працездатність хворого, яка, як правило, помітно знижується при патологічних процесах. Механізм лікувальної дії фізичних вправ, лікувального масажу та фізіотерапії – нейро-рефлекторний і нейро-гуморальний, який проявляється трофічним, тонізуючим впливом, формуванням тимчасових компенсацій і нормалізацією порушених функцій суглоба.

Висновки. Аналіз сучасної літератури з проблем фізичної реабілітації хворих з приводу розриву зв'язок колінного суглоба дозволив констатувати, що рання і комплексна реабілітація – найбільш перспективний метод відновлення ушкодженого колінного суглоба. В комплексному відновлювальному лікуванні широко використовуються фізична реабілітація, ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури, які є обов'язковими ланками лікування. Програми фізичної реабілітації хворих із травмою колінного суглоба повинні бути спрямованими на зниження післяопераційних ускладнень, збереження функціональної активності та повного відновлення функцій оперованого суглоба.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ТРАВМ АХІЛЛОВОГО СУХОЖИЛЛЯ (НА МАТЕРІАЛІ ФУТБОЛУ)

Пробачай О.О., III медичний факультет, 3 курс
(наук. кер. проф. Дорошенко Е.Ю.)

Актуальність. Тенденцією у розвитку сучасного спорту є підвищений травматизм, що пов'язаний з високими вимогами до результативності та великою конкуренцією на міжнародній арені. Проаналізувавши сучасні наукові дослідження, констатуємо, що одними з найбільш травматичних є командні спортивні ігри взагалі та футбол зокрема. За оцінками міжнародних експертів, до 60 % усіх травм опорно-рухового апарату у футболістів, які потребують клінічного лікування, пов'язані із значними фізичними навантаженнями у тренувальному та змагальному процесах. Це свідчить про актуальність і своєчасність наукових досліджень, які спрямовані на пошук найбільш ефективних методик фізичної терапії у процесі відновного лікування футболістів після пошкодження ахіллового сухожилля.