

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і
здоров'я

Лукашенко Анастасія Олександрівна

**ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ
ПАЦІЄНТІВ З ПОШКОДЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

здобувача другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 227 Терапія та реабілітація
спеціалізації 227.01 Фізична терапія
галузі знань 22 Охорона здоров'я

Науковий керівник:

Дорошенко Едуард Юрійович

професор, доктор наук з фізичного виховання та спорту

Запоріжжя 2025 р.

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Факультет III медичний

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я

Спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

Освітньо-кваліфікаційний рівень МАГІСТР

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему

**ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ ПАЦІЄНТІВ З
ПОШКОДЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

Студент Лукашенко Анастасія

Група ФТ-23/2-1

КЕРІВНИК РОБОТИ: професор кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я, професор Дорошенко Е.Ю.

(підпис)

РЕЦЕНЗЕНТ: доцент кафедри травматології та ортопедії, кандидат медичних наук, доцент

(посада, науковий ступінь, вчене звання)

Кожем'яка Максим Олександрович

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

Робота розглянута на засіданні кафедри (протокол № 9 від 25.04.2025 р.) і допущена до захисту.

ЗАВІДУВАЧ КАФЕДРИ:

доктор наук з фізичного виховання та спорту,
професор Дорошенко Е.Ю.

(підпис)

Запоріжжя, 2025 рік

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 56 сторінок, 60 літературних джерел.

Об'єкт дослідження – комплекси терапевтичних вправ у відновлювальному процесі пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з пошкодженнями верхніх кінцівок.

Предмет дослідження – клінічні особливості застосування терапевтичних вправ у відновлювальному процесі пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з пошкодженнями верхніх кінцівок.

Мета дослідження – вивчення досвіду застосування терапевтичних вправ у відновлювальному процесі пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з пошкодженням верхніх кінцівок.

Методи дослідження: аналіз, узагальнення та систематизація матеріалів науково-методичної літератури і глобальної мережі «Internet»; контент-аналіз медичних карток; клінічні спостереження; лікарсько-педагогічні спостереження опитування пацієнтів за Візуальною Аналоговою Школою Болю (ВАШБ); тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій); тест «Total Active Motion»; методи математичної статистики.

Методика застосування ТВ у пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок показала, що за динамікою показника рівня інтенсивності болю результат більше покращився у пацієнтів ОГ відносно показників у пацієнтів КГ, різниця становила 6,8 %, що свідчить про статистично значущі відмінності на рівні ($p \leq 0,05$). Оцінка функціонального стану пальців кисті за шкалою ТАМ наприкінці дослідження в ОГ пацієнтів дозволила констатувати зростання показника на 56,4 % ($p \leq 0,05$), у пацієнтів КГ – на 24,1 % ($p \leq 0,05$) порівняно з попередніми значеннями. Різниця: 32,3 % – статистично значущі відмінності ($p \leq 0,05$).

РЕАБІЛІТАЦІЯ, ДІАГНОСТИКА, ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ, ПАЦІЄНТИ, ДЗЮ-ДО, СПОРТСМЕНИ, АМАТОРИ, ТРАВМА, ВЕРХНЯ КІНЦІВКА

ABSTRACT

Qualification work: 56 pages, 60 literature sources.

Object of research – complexes of therapeutic exercises in the rehabilitation process of patients – amateur judo's with injuries of the upper extremities.

Subject of research – clinical features of the use of therapeutic exercises in the rehabilitation process of patients – amateur judo's with injuries of the upper extremities.

Purpose of research – study of the experience of the use of therapeutic exercises in the rehabilitation process of patients – amateur judo's with injuries of the upper extremities.

Research methods: analysis, generalization and systematization of materials of scientific and methodological literature and the global network «Internet»; content analysis of medical records; clinical observations; medical and pedagogical observations of patient surveys according to the Visual Analogue School of Pain (VASP); WAM test (Well-being. Activity. Mood); Total Active Motion test; methods of mathematical statistics.

The method of applying TV in patients - amateur judo's after upper limb injuries showed that in terms of the dynamics of the pain intensity level, the result improved more in OG patients compared to CG patients, the difference was 6,8%, which indicates statistically significant differences at the level ($p \leq 0,05$). Assessment of the functional state of the fingers of the hand using the TAM scale at the end of the study in OG patients allowed us to state an increase in the indicator by 56,4% ($p \leq 0,05$), in CG patients - by 24,1% ($p \leq 0,05$) compared to previous values. Difference: 32,3% - statistically significant differences ($p \leq 0,05$).

REHABILITATION, DIAGNOSTICS, THERAPEUTIC EXERCISES,
PATIENTS, JUDO, ATHLETES, AMATEURS, TRAUMA, UPPER LIMB

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	– Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ЗДМФУ	– Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
КМУ	– Кабінет Міністрів України
МКФ	– Міжнародна класифікація функціонування
МКХ	– Міжнародна класифікація хвороб
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
НК	– Національний класифікатор
УАФТ	– Українська асоціація фізичної терапії
WP	– World Physiotherapy (світова конфедерація фахівців з фізичної терапії)
χ	– середня арифметична величина
m	– помилка середньої арифметичної величини
S	– середнє квадратичне відхилення
%	– відсоткове значення

ЗМІСТ

Реферат.....	3
Перелік умовних скорочень.....	5
Вступ.....	7
1 Огляд літератури	9
1.1 Класифікація порушень опорно-рухового апарату організму людини	9
1.2 Характеристика реабілітаційних маршрутів у пацієнтів із порушеннями ОРА	15
1.3 Загальні принципи реабілітації пацієнтів із порушеннями ОРА .	25
2 Завдання, методи та організація дослідження	28
2.1 Завдання і методи дослідження	28
2.2 Організація дослідження	29
3 Результати дослідження	31
Висновки	41
Практичні рекомендації	44
Список використаних джерел.....	48
Додатки	56

ВСТУП

Фізична реабілітація опорно-рухового апарату (ОРА) обумовлена факторами онтогенетичного розвитку організму людини. Це розділ доказової медицини, який спрямований на відновну терапію патологій, їх вторинну профілактику, збільшення функціональних резервів організму, компенсацію порушених функцій і відновлення працездатності пацієнтів із порушеннями ОРА.

ОРА – це унікальний комплекс, що сформувався протягом еволюційного розвитку організму людини і містить скелетну основу та доповнення із м'язів, зв'язок і сухожильних структур. Зазначений комплекс знаходиться під постійним впливом фізичних навантажень різної спрямованості, що обумовлені індивідуальними, генетичними, професійними, рекреаційними та іншими чинниками. Також, різні фактори зовнішнього середовища сприяють формуванню різних патологій, донозологічних і преморбідних фізичних станів організму пацієнтів. Відновне лікування зазначених патологій є неповноцінним без якісної фізичної реабілітації ОРА, яка спрямована на його повне відновлення. Отже, фізична реабілітація є заключним етапом відновно-лікувального процесу пацієнтів з порушеннями ОРА, що свідчить про актуальність і своєчасність проведених досліджень.

На підставі вищевикладеного, сформульовано структурні компоненти дослідження за темою кваліфікаційної роботи:

мета дослідження – вивчення досвіду застосування терапевтичних вправ у відновлювальному процесі пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з пошкодженням верхніх кінцівок;

завдання дослідження:

1. Визначити стан проблеми стосовно застосування терапевтичних вправ у процесі реабілітації пацієнтів з пошкодженнями ОРА за результатами вивчення науково-методичної літератури та джерел глобальної мережі «Internet».

2. За результатами аналізу експериментальних матеріалів досліджень клінічних і лікарсько-педагогічних спостережень, контент-аналізу медичних

карток пацієнтів з порушеннями ОРА – визначити ефективність використання терапевтичних вправ у реабілітаційному процесі.

3. Розробити рекомендації стосовно практичного використання комплексів терапевтичних вправ у реабілітації пацієнтів з пошкодженнями ОРА.

Об'єкт дослідження – комплекси терапевтичних вправ у відновлювальному процесі пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з пошкодженнями верхніх кінцівок.

Предмет дослідження – клінічні особливості застосування терапевтичних вправ у відновлювальному процесі пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з пошкодженнями верхніх кінцівок.

Позиції наукової новизни ґрунтуються на узагальненні та інтерпретації наукових знань стосовно визначення ефективних комплексів терапевтичних вправ у відновлювальному процесі пацієнтів з пошкодженнями ОРА. Практична значущість кваліфікаційної роботи базується на формуванні методики комплексного використання терапевтичних вправ у пацієнтів із пошкодженнями ОРА, їх апробації та впровадження у реабілітаційний процес.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Класифікація порушень опорно-рухового апарату організму людини

Сучасне трактування поняття «порушення опорно-рухового апарату» носить комплексний характер і містить рухові розлади ОРА, які є різними за змістом, структурою та симптомокомплексом [1, 13, 20, 24].

Порушення ОРА є наслідком розвитку конкретної патології, яка призводить до розладу рухових функцій (дитячий церебральний параліч (ДЦП), розсіяний склероз, захворювання кісткової тканини) унаслідок травми хребетного стовпу, ампутацій, тощо. Пацієнти з порушеннями ОРА мають проблеми з реалізацією переміщення, користуються різноманітними допоміжними засобами (технічними засобами реабілітації та адаптивними технологіями): інвалідними візками, милицями, тростинками, ходунками, екзоскелетами, тощо. При деяких травмах хребетного стовпу відбуваються травматичні пошкодження спинного мозку, структури якого відповідають за рухову активність біокінематичних ланок ОРА, унаслідок чого відбувається параліч. Хребетний стовп може бути зламаний у різних місцях, тож наслідки такої травми, залежно від того, яка частина спинного мозку ушкоджена та якою мірою, можуть істотно різнитися.

Зокрема, параплегія – спинний мозок травмовано нижче шийного відділу, у пацієнта уражена нижня частина тіла і нижні кінцівки, частина внутрішніх і тазових органів [35].

Тетраплегія – спинний мозок пошкоджений на рівні шийного відділу, унаслідок чого верхні та нижні кінцівки у пацієнтів повністю або частково мають знижені показники чутливості та рухливості [25].

Порушення елементарної рухової функції у залежності від розвиненості рухової активності диференціюються за ступенем тяжкості. Пацієнти з важкими порушеннями ОРА не володіють навичками підтримання фізіологічної пози (прямостояння), елементарних локомоцій, захоплення предметів, самообслуговування або обмежено здатні пересуватися з використанням ортопедичних пристосувань і технічних засобів реабілітації.

Пацієнти з середнім ступенем вираженості порушень рухової функції – найбільш численна коаліція. Вони можуть пересуватися в обмеженому просторі і на невеликій відстані, володіють елементарними навичками самообслуговування.

Пацієнти з легкими порушеннями, як правило, ходять самостійно, добре пересуваються вулицею та приміщеннями, мають сформовані навички самообслуговування. Але такі зазначена коаліція пацієнтів має патологічні пози, важкі рухи, труднощі у підйомі та спуску сходами, тощо [2, 15, 26, 29].

Термін «дитячий церебральний параліч» (ДЦП) поєднує групу фізичних станів, при яких порушуються елементарні рухові дії та здатність контролювати положення тіла у просторі, підтримувати фізіологічні пози. Пацієнти з ДЦП не можуть ефективно керувати власними руховими діями, також мають складнощі з навчанням навичок самостійного сидіння, прямостояння, мають дефекти мовленнєвого апарату та елементарних локомоцій. Їх рухові дії та патерн ходьби мають специфічні особливості, у відношенні до інших пацієнтів. Також, рухові порушення виявляються у вигляді парезів (обмеження рухових функцій і м'язової сили), гіперкінезів (надмірних мимовільних рухів), порушень рухової координації. Таким пацієнтам важко перебувати у будь-якому положенні тривалий час через постійні рухи, які вони не можуть контролювати. ДЦП часто супроводжується різноманітними порушеннями мовленнєвої функції, розладами психіки, зору, слуху, інколи – епілептичними нападами. Це захворювання не прогресує, однак залишається стійкою причиною тяжкого фізичного стану дитини.

ДЦП характеризується неспроможністю пацієнтами, повноцінно, контролювати координацію рухів і м'язову силу. Залежно від того, який відділ мозку уражено, можуть виникати різкі м'язові порушення (напруження, спазми), мимовільні рухи, «танцювальна» хода. Також до симптомокомплекс містить аномальні відчуття та сприйняття, порушення зору, слуху, мовлення, епілептичні напади, затримка психічного розвитку. Пацієнти з ДЦП (дитячого віку) можуть відвідувати звичайні середні загальноосвітні заклади та вчитися разом з іншими (інклюзивні навчальні формати). У залежності від ступеню та характеру рухових порушень пацієнта з ДЦП (дитячого віку) слід створювати для навчання спеціальні

(інклюзивні) умови: безбар'єрне середовище для пацієнтів, які користуються інвалідними візками; спеціальними пристосуваннями для письма та малювання, тощо [4, 5, 27, 30].

Постава. Існує народна приказка: «Недоліки дитячого виховання виявляються у дорослому житті». До цього слід додати: «І відбиваються на стані здоров'я людини». У цьому контексті, формування правильної постави є одним з найважливіших завдань оздоровчого фізичного виховання та лікувальної фізичної культури пацієнтів дитячого віку. Формування постави відбувається протягом періоду фізичного розвитку організму людини. До кінця 1-ого року життя у педіатричних пацієнтів формуються 4 природні (фізіологічні) вигини хребетного стовпу: шийний і поперековий – опуклістю уперед, грудний і крижово-куприковий – опуклістю назад.

Крижово-куприковий кіфоз хребетного стовпу формується першим. Цей процес відбувається на етапі внутрішньоутробного розвитку. Коли дитина навчиться піднімати та утримувати голову, формується шийний вигин (лордоз) хребетного стовпу. Грудний кіфоз формується у процесі сидіння дитини, а поперековий лордоз – коли дитина починає повзати, ставати на ноги і ходити. Чіткі, природні вигини хребетного стовпу утворюються, у період, до 6-7 років.

Дитина, яка має правильну фізіологічну поставу, має підтягнутий вигляд, голову і тулуб тримає прямо, плечі трохи відведені назад, розгорнуті, але не підняті, живіт підібраний, нижні кінцівки, у колінних і тазостегнових суглобах, випрямлені, розставлені, приблизно, на ширину плечей, що забезпечує рівномірний розподіл навантаження на нижні кінцівки. Верхні кінцівки опущені уздовж тіла.

Зазначені характеристики постави забезпечують нормальне фізіологічне функціонування організму людини [16, 33].

У разі формування неправильної (з фізіологічної точки зору) постави, спина дещо сутула, плечі зведені вперед, живіт випнутий, голова опущена. При цьому, особливо страждають органи дихання: здавлюються верхівки легень, зменшується їх вентиляція та показники респіраторної екскурсії.

Більш виражене порушення постави – бічне скривлення хребетного стовпу

(сколіоз), при якому спостерігається зміна нормальних хребетних вигинів, порушена симетричність плечового поясу, наявний перекіс тазу, укорочення однієї з нижніх кінцівок і подовження іншої.

Зазначені деформації позначаються на діяльності серцево-судинної та дихальної системи, функціях спинного мозку та внутрішніх органів. Дефекти постави негативно впливають на стан нервової системи. Пацієнти стають більш замкнутими, дратівливими, примхливими, неспокійними, почуваються менш спритними; скаржаться на болі у локації хребетного стовпу, які виникають після фізичних навантажень або тривалих статичних поз, почуття оніміння у міжлопатковій локації, тощо.

Значущою є раціональна фізіологічна постава, яка забезпечує стабільну та тривалу фізичну працездатність [43, 44].

Варто бути уважним до формування постави у педіатричних пацієнтів у всіх видах їх життєдіяльності, виховувати навички фізіологічно обґрунтованої постави тіла, в організованих заняттях, у самостійних іграх, під час рекреації [42, 46].

Поза за столом під час освітньої діяльності у пацієнтів з пошкодженнями ОРА повинна бути раціональною: лікті верхніх кінцівок на столі, передпліччя симетрично й вільно (по верхній третині, трохи нижче ліктьових суглобів) розташовані на поверхні столу. Плечі перебувають на одному рівні, голова трохи нахилена вперед. Відстань від очей до столу – близько 30 см.

Пацієнт повинен сидіти з рівномірним навантаженням на сидниці, без перекосів у бік. Стопи стоять на підлозі (або на підставці, якщо стілець зависокий для пацієнта), гомілковостопний, колінний і тазостегновий суглоби утворюють прямий кут. Неприпустимо, щоб пацієнти сиділи, схрестивши нижні кінцівки або зачепивши їх за ніжки стільця.

Періодично слід змінювати позу, дозволяти певні відхилення від раціональної пози. Це необхідно для відпочинку, деякого розслаблення певних груп м'язів, які беруть участь у підтримці фізіологічно обґрунтованої пози. Але, зазначені відхилення не повинні бути тривалими, не перетворюватися на стійкі звички і не призводити до патологічних деформацій.

Також, слід приділяти увагу позі під час сну пацієнтів із пошкодженнями ОРА. Найкраще, якщо пацієнт відпочиває лежачи на спині, на невеликій подушці. Нічний відпочинок на боці, у позі «калачиком», зміщує лопатки, здавлює верхні ребра у грудній порожнині, викривляє хребетний стовп.

Пацієнту слід рекомендувати позу стоячи вертикально з рівномірним розподілом ваги тіла на обидві нижні кінцівки. У природному положенні нижні кінцівки трохи розставлені для більш зручного утримування рівноваги. Навички стояння з опорою на одну нижню кінцівку викликає нераціональне положення тіла, формує неправильні вигини хребетного стовпу пацієнтів з порушеннями ОРА [48].

Досить складним є збереження фізіологічно обґрунтованої постави під час рухової діяльності. М'язи повинні працювати, з чергуванням напруження і розслаблення для підтримки рівноваги. Велику участь у цих довільних рухах беруть м'язи плечового поясу, спини, шиї, тазу, стегон.

Під час ходьби, пацієнту слід тримати плечі на одному рівні, грудну клітку розправити, лопатки трохи (без напруження) відвести назад, живіт підтягти, дивитися прямо вперед на 3-4 кроки, не опускаючи голови.

Оскільки на формування постави впливають умови навколишнього середовища, пацієнти мають контролювати власні пози під час сидіння, стояння, ходьби.

Значущими, для реабілітаційного процесу, також є:

- раціональне збалансоване харчування
- регулярні прогулянки на свіжому повітрі
- раціональний підбір меблів відповідно до довжини тіла пацієнтів
- дотримання санітарно-гігієнічних норм щодо освітлення
- навичка раціональної пози сидіння
- уміння розслаблювати і напружувати м'язи тіла.

Ознаки раціональної постави:

- помірні фізіологічні вигини хребта
- природно рівна спина
- симетричне розміщення лопаток, без випинання

- підтримка плечі на одному рівні
- прямі ноги з нормальним склепінням стопи
- голова тримається прямо
- грудна клітка дещо виступає над животом
- живіт дещо підтягнутий
- розвинені м'язи тіла.

Значущість раціональної постави:

- є умовою для нормального розвитку та функціонування внутрішніх органів
- забезпечення можливості різноманітних рухових дій
- сприяння нормальній працездатності організму
- складова естетичного вигляду.

Ознаки фізіологічно необґрунтованої постави:

- голова нахилена або висунута вперед
- грудна клітка дещо вдавнена
- плечі зведені до грудей
- живіт дещо випнутий
- груди дещо запалі
- нижні кінцівки постійно зігнуті у колінних суглобах.

Причини порушення постави у пацієнтів із порушеннями ОРА:

- нераціональні пози
- низька рухова активність під час прогулянок
- нестача вітаміну D, в організму.

Наслідки неправильної постави:

- погіршення діяльності органів дихання (виникає схильність до застудних захворювань)
- порушення кровообігу
- проблеми з травленням їжі
- розлади нервової діяльності (погіршення пам'яті, сну, виникнення підвищеної втомлюваності, головний біль)
- погіршення зору

- викривлення хребетного стовпу.

Зазвичай диференціюють 3 ступені порушення постави у фронтальній площині у пацієнтів із порушеннями ОРА.

Деформація 1-го ступеня – викривлення хребетного стовпу вирівнюється до нормального положення при випрямленні (за рахунок функціональних зрушень).

Деформація 2-го ступеня – викривлення вирівнюється при випрямленні пацієнта або при висі на гімнастичній стінці.

Деформація 3-ого ступеня – викривлення не змінюється при висі або випрямленні пацієнта.

Відповідні дефекти постави у фронтальній площині характеризуються порушенням симетрії між половинами тулуба. Хребетний стовп являє собою дугу, що звернена верхівкою вправо або вліво; визначається асиметрія трикутників талії, поясу верхніх кінцівок (плечі, лопатки), нахил голови у бік. Симптоми порушення постави можуть бути виявлені у різному ступені; від трохи помітних відхилень до різко виражених деформацій.

1.2 Характеристика реабілітаційних маршрутів у пацієнтів із порушеннями ОРА

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я пацієнтів із порушеннями ОРА з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційна допомога розпочинається після направлення від лікаря нереабілітаційного відділення та після отримання інформованої згоди особи, яка потребує реабілітації, відповідно до вимог законодавства. Реабілітаційна допомога надається у мобільному режимі або у палатах гострої реабілітації у закладах охорони здоров'я [47, 49, 52].

Реабілітаційна допомога розпочинається з проведення первинного реабілітаційного обстеження (первинного огляду) лікарем ФРМ і фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної команди реабілітаційного відділення

або підрозділу (фізичні терапевти, ерготерапевти, масажисти, тощо).

Під час проведення первинного реабілітаційного обстеження лікар зобов'язаний надати, а лікар ФРМ зобов'язаний отримати від повний обсяг медичної інформації про стан здоров'я пацієнта з порушенням ОРА, який потребує реабілітації, подальший перебіг діагностичного та лікувального процесу, наявні медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги. У разі потреби лікар ФРМ узгоджує з лікарем обсяг додаткових діагностичних і лікувальних заходів, необхідних для надання якісної реабілітаційної допомоги. Результати первинного реабілітаційного обстеження, які містять визначені членами мультидисциплінарної команди завдання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду, необхідні реабілітаційні втручання, зокрема із кількісною потребою у фахівцях з реабілітації, технічних та ін. засобах реабілітації та медичних виробів, які мають бути внесені до медичних записів розділу першого індивідуального реабілітаційного плану або до системи за наявності технічної можливості.

Обсяг реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду є низьким. За нагальної потреби, обсяг реабілітаційної допомоги може бути збільшений – це має бути зазначено у медичних записах індивідуального реабілітаційного плану.

Графік проведення реабілітаційних сесій під час надання реабілітаційної допомоги протягом гострого реабілітаційного періоду має бути скоординований із наданням медичної допомоги для забезпечення фізичної доступності пацієнта, який потребує реабілітації, у зазначений час. У разі змін поточного стану здоров'я пацієнта або погіршення загального стану, або, у разі переведення пацієнта до іншого закладу / відділення, медичні працівники повідомляють про це лікарю ФРМ або іншому члену мультидисциплінарної команди реабілітаційного відділення або підрозділу.

Після завершення гострого реабілітаційного періоду члени мультидисциплінарної команди проводять заключне реабілітаційне обстеження пацієнта, який потребує реабілітації, з визначенням змін поточного стану

повсякденного функціонування, стану досягнення завдань, які встановлені під час первинного реабілітаційного обстеження, визначенням реабілітаційного прогнозу та плануванням подальшої реабілітаційної допомоги. Етапне реабілітаційне обстеження проводиться у разі значної тривалості реабілітаційної допомоги не рідше одного разу у два тижні.

Подальший реабілітаційний маршрут пацієнта з порушеннями ОРА, який потребує реабілітації, після завершення гострого реабілітаційного періоду може бути наступним:

- якщо пацієнт не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується;
- якщо пацієнт потребує продовження реабілітаційної допомоги в амбулаторному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації або амбулаторному реабілітаційному закладі, зокрема, проведення реабілітаційних сесій з фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги, або під час домашньої реабілітації, у разі наявності незначних, за вираженістю, обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді протягом післягострого реабілітаційного періоду;
- якщо пацієнт потребує продовження реабілітаційної допомоги високого обсягу в стаціонарному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації у разі наявності помірних і значних, за вираженістю, обмежень повсякденного функціонування та функціональної можливості пацієнта, який потребує реабілітації, брати активну участь у реабілітаційній допомозі високого обсягу, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду;
- якщо пацієнт, який потребує реабілітації, не може брати участі у реабілітаційній допомозі високого обсягу та / або потребує догляду або паліативної допомоги у разі наявності виражених обмежень життєдіяльності та / або відсутності функціональної можливості пацієнта брати участь у реабілітаційній допомозі

високого обсягу та / або наявності захворювання (травми), що обмежує життя або загрожує життю, надання реабілітаційної допомоги продовжується у вигляді періодичної реабілітаційної допомоги та / або пацієнта направляють для забезпечення медсестринського догляду, та / або пацієнта направляють для проходження експертизи стійкого обмеження життєдіяльності з подальшим встановленням статусу «особа з інвалідністю» (або «дитина з інвалідністю»), та / або пацієнта направляють для надання паліативної допомоги.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я пацієнта з порушеннями ОРА з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційна допомога розпочинається одразу ж після закінчення гострого реабілітаційного періоду та відповідає принципам послідовності та безперервності.

Пацієнта, який потребує реабілітації, направляють для стаціонарної реабілітаційної допомоги у післягострому реабілітаційному періоді за результатами заключного реабілітаційного обстеження, проведеного мультидисциплінарною командою наприкінці гострого реабілітаційного періоду.

У разі коли протягом гострого реабілітаційного періоду реабілітаційна допомога не надавалася або якщо після закінчення гострого реабілітаційного періоду пацієнт був направлений для забезпечення медсестринського догляду, пацієнт, який потребує реабілітації, може бути направлений для стаціонарної реабілітаційної допомоги лікарем (за фахом) або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, проте рішення щодо початку стаціонарної реабілітаційної допомоги приймається лікарем ФРМ за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені інші фахівці з реабілітації.

Стаціонарна реабілітаційна допомога починається з проведення первинного реабілітаційного обстеження лікарем ФРМ та фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної команди.

Під час здійснення первинного реабілітаційного обстеження на початку етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду у стаціонарних умовах лікар (за фахом) зобов'язаний надати, а лікар ФРМ

зобов'язаний отримати лікаря (за фахом), який направляє пацієнта, який потребує реабілітації, повний обсяг медичної інформації щодо нього. На підставі зазначеної інформації лікар ФРМ визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів мультидисциплінарної команди. У разі необхідності лікар ФРМ може призначати додаткові діагностичні обстеження.

За результатами проведеного первинного реабілітаційного обстеження складається розділ другий індивідуального реабілітаційного плану, який містить загальні мету та завдання стаціонарної реабілітації з визначенням орієнтовних строків їх досягнення, перелік необхідних реабілітаційних заходів, потреби у кількості фахівців з реабілітації, реабілітаційному та іншому обладнанні. Після затвердження розділу другого індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець з реабілітації, який залучений до надання реабілітаційної допомоги пацієнту, який потребує реабілітації, у межах своїх професійних компетентностей, за результатами реабілітаційного обстеження, самостійно складає програму реабілітаційної терапії відповідно до професії, реалізує та оцінює досягнення пацієнтом реабілітаційних завдань, які зазначені в індивідуальному реабілітаційному плані. Одночасно визначається потреба у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках.

Стаціонарна реабілітаційна допомога високого обсягу надається фахівцями з реабілітації протягом, не менш, як п'ять днів на тиждень, відповідно до розділу другого індивідуального реабілітаційного плану.

Зміни до загальних мети і завдань, які визначені, за результатами первинного реабілітаційного обстеження, вносяться до медичних записів індивідуального реабілітаційного плану після загального обговорення та затвердження лікарем ФРМ на щотижневих зборах мультидисциплінарної команди.

Тривалість надання стаціонарної реабілітаційної допомоги залежить від визначених термінів досягнення загальних мети і завдань стаціонарної реабілітації.

Перед закінченням етапу реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду у стаціонарних умовах члени мультидисциплінарної

команди проводять заключне реабілітаційне обстеження пацієнта з визначенням змін поточного стану його функціонування, стану досягнення завдань, визначених під час первинного реабілітаційного обстеження, визначенням поточного реабілітаційного прогнозу та плануванням подальших циклів реабілітаційної допомоги. Етапне реабілітаційне обстеження проводиться при значній тривалості реабілітаційної допомоги, не рідше, одного разу на два тижні.

Під час надання стаціонарної реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною командою до її роботи залучається соціальний працівник, який забезпечує взаємодію із службами соціального захисту з метою вчасної організації та модифікації (за необхідності) середовища, до якого пацієнт, який потребує реабілітації, повернеться після надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я та організації забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації після закінчення стаціонарної реабілітаційної допомоги.

Подальший реабілітаційний маршрут пацієнта, який потребує реабілітації, після завершення етапу надання реабілітаційної допомоги протягом післягострого реабілітаційного періоду у стаціонарних умовах може бути таким:

- якщо пацієнт не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується;
- якщо пацієнт потребує продовження реабілітаційної допомоги в амбулаторному відділенні післягострої та довготривалої реабілітації або амбулаторному реабілітаційному закладі, зокрема, проведення реабілітаційних сесій з фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги, або при домашній реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді, у разі наявності незначних, за вираженістю, обмежень життєдіяльності, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді протягом післягострого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я пацієнтів з порушеннями ОРА з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді

протягом післягострого реабілітаційного періоду.

Початок надання реабілітаційної допомоги пацієнту, який потребує реабілітації, ґрунтується на результатах заключного реабілітаційного обстеження, проведеного мультидисциплінарною командою наприкінці попереднього етапу надання реабілітаційної допомоги.

У випадку, коли протягом попередніх етапів, реабілітаційна допомога не надавалась, пацієнта, який потребує реабілітації, може бути направлено для амбулаторної реабілітаційної допомоги лікарем (за фахом) або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, проте рішення щодо початку амбулаторної реабілітаційної допомоги приймається лікарем ФРМ за результатами первинного реабілітаційного обстеження, до якого за потреби можуть бути залучені інші фахівці з реабілітації.

Під час надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді комплекс реабілітаційних втручань спрямовується на досягнення загальної мети і завдань, які визначені на попередньому етапі, та ґрунтується на інформації про фактичні зміни функціонального стану пацієнта, якому надавалась реабілітаційна допомога протягом попередніх етапів.

Амбулаторна реабілітаційна допомога починається з проведення первинного реабілітаційного обстеження лікарем ФРМ (первинний огляд перед початком надання амбулаторної реабілітаційної допомоги) і фахівцями з реабілітації – членами мультидисциплінарної команди, кількісний і професійний склад яких залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування пацієнта.

Під час здійснення первинного реабілітаційного обстеження лікар (за фахом) зобов'язаний надати, а лікар ФРМ зобов'язаний отримати від лікаря (за фахом), який направляє пацієнта, який потребує реабілітації, повний обсяг медичної інформації. На підставі зазначеної інформації лікар ФРМ визначає медичні обмеження та застереження щодо надання реабілітаційної допомоги, про що інформує інших членів мультидисциплінарної команди. У разі необхідності лікар ФРМ може призначити додаткові діагностичні обстеження.

За результатами проведеного первинного реабілітаційного обстеження фахівцями з реабілітації доповнюється (складається) розділ другий індивідуального реабілітаційного плану, який містить загальну мету, що була визначена на попередніх етапах, та загальні завдання етапу амбулаторної реабілітаційної допомоги з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення, перелік необхідних реабілітаційних заходів, потреб у фахівцях з реабілітації, реабілітаційному та іншому обладнанні, технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках. Після внесення змін (затвердження) розділу другого індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець з реабілітації, який залучений до надання реабілітаційної допомоги пацієнту, який потребує реабілітації, у межах своїх професійних компетентностей, за результатами реабілітаційного обстеження, самостійно складає програму реабілітаційної терапії відповідно до професії, реалізує та оцінює досягнення особою реабілітаційних завдань, які зазначені в індивідуальному реабілітаційному плані. Одночасно визначається (коригується) потреба у технічних та інших засобах реабілітації та медичних виробках.

Подальші зміни загальних мети і завдань заносяться до медичних записів індивідуального реабілітаційного плану після загального обговорення на зборах мультидисциплінарної команди амбулаторного реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу та затверджуються лікарем ФРМ.

У разі надання реабілітаційної допомоги в амбулаторному реабілітаційному закладі або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно, або домашньої реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді реалізується програма фізичної терапії або ерготерапії, або терапії мови та мовлення, або психологічної допомоги відповідно до загальної мети, яка зазначена у розділі другому індивідуального реабілітаційного плану пацієнта, який потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень і застережень щодо надання реабілітаційної допомоги.

Тривалість та обсяг надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах або домашньої реабілітації, або реабілітації у територіальній громаді

залежить від мети і завдань цього етапу реабілітації.

Під час надання реабілітаційної допомоги в амбулаторних умовах протягом післягострого реабілітаційного періоду відповідні фахівці проводять етапні (заключні у разі закінчення надання допомоги) реабілітаційні обстеження організму пацієнта з визначенням змін поточного стану його функціонування, стану досягнення завдань, визначенням поточного реабілітаційного прогнозу та плануванням подальших циклів реабілітаційної допомоги, що вносяться до медичних записів розділу другого індивідуального реабілітаційного плану або до системи за наявності технічної можливості.

Подальший реабілітаційний маршрут пацієнта, який потребує реабілітації, після завершення післягострого реабілітаційного періоду може бути таким:

- якщо пацієнт не потребує подальшої реабілітації у разі відсутності обмежень повсякденного функціонування, надання реабілітаційної допомоги завершується;
- якщо пацієнт потребує періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги, що надається в стаціонарних або амбулаторних умовах (зокрема, в амбулаторних реабілітаційних закладах), або фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самотійно, або домашньої реабілітації (фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови та мовлення, психологічної допомоги, тощо), або реабілітації у територіальній громаді з метою запобігання втраті та / або підтримки досягнутого рівня функціонування, надання реабілітаційної допомоги продовжується етапом надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я пацієнта з порушенням ОРА з гострим початком, етап надання реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду.

Надається періодична підтримуюча реабілітаційна допомога, яка відповідає принципам послідовності та безперервності.

Періодична підтримуюча реабілітаційна допомога може надаватися у стаціонарних або амбулаторних реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу

самостійно, а також, у вигляді домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній громаді. У разі надання стаціонарної реабілітаційної допомоги її обсяг має бути високим.

Пацієнта, який потребує реабілітації, лікар (за фахом), або лікар, що надає первинну медичну допомогу, або експертна комісія, або лікарсько-консультативна комісія, направляють для надання періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги протягом довготривалого реабілітаційного періоду за результатами заключного (етапного) реабілітаційного обстеження, проведеного наприкінці попереднього етапу. Рішення щодо початку, формату та обсягу підтримуючої реабілітаційної допомоги приймається за результатами реабілітаційного обстеження пацієнта, який потребує реабілітації.

Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я пацієнтів з порушенням ОРА з хронічним перебігом.

Пацієнту, який потребує реабілітаційної допомоги, за наявності стану здоров'я з хронічним перебігом надається періодична підтримуюча реабілітаційна допомога. Реабілітаційний період, протягом якого надається така допомога, є довготривалим.

Реабілітаційна допомога, у сфері охорони здоров'я, при станах здоров'я з хронічним перебігом розпочинається після направлення для надання реабілітаційної допомоги лікарем (за фахом) або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, або експертною комісією, або лікарсько-консультативною комісією.

Передумовою початку надання реабілітаційної допомоги є здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу, встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я) та надання лікарем (за фахом) або лікарем, що надає первинну медичну допомогу, лікарю ФРМ інформації з метою визначення ним медичних обмежень і застережень щодо надання реабілітаційної допомоги фахівцями з реабілітації.

Загальні мета та завдання реабілітаційної допомоги залежно від фази захворювання (загострення або ремісія, тощо) мають бути спрямовані на

запобігання втраті та / або уповільнення втрати, та / або підтримку, та / або компенсацію, та / або покращення, або відновлення функціонування пацієнта, який потребує реабілітації, та зазначаються у медичних записах розділу третього індивідуального реабілітаційного плану пацієнта, який потребує реабілітації, або у системі за наявності технічної можливості.

1.3. Загальні принципи реабілітації пацієнтів із порушеннями ОРА

Загальними принципами проведення процедур фізичної реабілітації, відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», є:

- а) пацієнтоцентричність, яка передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей і побажань пацієнта, якому надається реабілітаційна допомога, або його законного представника та членів його родини, а також, безпосередню, їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;
- б) цілеспрямованість – організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго- та короткострокових завдань;
- в) своєчасність – фізична реабілітація має розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або одразу після стабілізації стану здоров'я пацієнта з хронічним перебігом захворювання, індивідуальний реабілітаційний план має змінюватися відповідно до зміни його функціонального стану;
- г) послідовність – кожний наступний етап процесу реабілітації має бути пов'язаний з попереднім етапом, бути підґрунтям для наступного етапу та враховувати фактичні зміни функціонального стану пацієнта, якому надається реабілітаційна допомога;
- д) безперервність – процес реабілітації має відбуватися безперервно протягом всіх реабілітаційних періодів;
- е) функціональна спрямованість – реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя пацієнта у його повсякденному середовищі [12, 17, 31].

Для розробки ефективної індивідуальної програми реабілітації пацієнтів з порушеннями ОРА, спеціалісти повинні чітко розуміти, якими є конкретні задачі щодо відновлення працездатності та їх особливості у пацієнтів конкретних

нозологічних груп. Для конкретизації завдань значущим є визначення поточного статусу спортсмена, а також визначення конкретних обмежень та індивідуальних особливостей його організму. Найбільш часто зазначені обмеження пов'язані, безпосередньо з травмами опорно-рухового апарату (м'язів, тканин, сухожильних структур, тощо). Практичну реалізацію індивідуальної програми реабілітації пацієнтів з порушеннями ОРА слід розпочинати за умови розуміння, визначення та конкретизації впливу зазначених чинників [7, 9-11].

Провідним елементом для вибору виду відновної терапії є, перш, за все, функціональний стан пацієнта у реальному часі з оцінкою фізичного стану на післяопераційний момент, згодом, після здійснення відновлювальних і реабілітаційних процедур [28, 50].

Також значущою є карта відновного лікування (реабілітаційний маршрут) з довідковою інформацією стосовно рівня та складності пошкодження, особливостей порушення роботи ОРА з інформаційними блоками графічних і текстових результатів роботи з пацієнтом, а також, оцінка його психологічного стану та інші допоміжні дані: попередній руховий досвід, рівень фізичної підготовленості, наявність (відсутність) патологій, донозологічних або преморбідних станів, тощо.

Отже, спочатку спеціаліст-реабілітолог збирає інформацію про проведені відновлювальні втручання, згодом поєднує ці дані з графічними і медичними даними у письмовому вигляді і, тільки після цього, розробляє індивідуальну програму реабілітації пацієнтів з порушеннями ОРА [18, 19, 36, 37].

Крім того, перш ніж розробляти індивідуальну програму реабілітації пацієнтів з порушеннями ОРА, слід враховувати тимчасові чинники: наявність (відсутність) гіпсової пов'язки, особливості ментальної сфери пацієнта, можливість (неможливість) відновити кісткову тканину, тощо.

Отже, існує базовий алгоритм реабілітаційного процесу, який містить комплексне поєднання сучасних методів ортопедії та травматології.

Більш того, фахівці з реабілітації повинні враховувати також наступні фактори:

- наявність (відсутність) хірургічного втручання

- тип хірургічного втручання (лапароскопія, традиційна хірургія, тощо)
- врахування роботи різних систем організму пацієнтів, які часто, у таких екстремальних умовах працюють з деякими особливостями: серцево-судинної, дихальної, імунної, нервової систем, тощо
- поточний психічний стан пацієнта
- наявність енергії та змін у процесах енергетичного обміну речовин.

Після проведення зазначених заходів складається індивідуальна програма реабілітації пацієнтів з порушеннями ОРА, яка враховує індивідуальні особливості і поточний фізичний стан конкретного пацієнта [21, 22, 32, 41].

Карта відновлення має спрямованість на фармакологічну корекцію – пацієнту призначають відновлювальні та протизапальні препарати, вітаміни (особливо С, В1, В6, РР, обов'язкова наявність глюкози). Фахівці звертають увагу на набряклість у локації пошкодження, показники аналізу крові, роботу системи кровообігу, судин, дихальної системи, тощо. Природно, що, у більшості випадків, враховується наявність (відсутність) больового синдрому і, за необхідності, призначаються протибольові і протизапальні препарати. Вживаються заходи щодо пришвидшеного загоєння ран, застосовуються ізокінетичні, ізометричні та пліометричні вправи, лікувальна фізкультура [23, 39, 40, 51].

Також, для відновлення функцій ОРА використовують гідропроцедури – заняття з пацієнтом у водному середовищі. Ефективним рішенням є електроміостимуляція, механотерапія та застосування реабілітаційно-тренувальних пристроїв та технічних засобів реабілітації. Також, у більшості випадків, застосовують преформовані фізичні чинники – фізіотерапевтичні процедури. Значущим у реабілітаційному процесі є психологічний фактор (психотерапія, ментальні тренінги, тощо).

2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Завдання і методи дослідження

Завдання дослідження.

1. Визначити стан проблеми щодо комплексного застосування терапевтичних вправ у процесі реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки за результатами вивчення науково-методичної літератури і матеріалів глобальної мережі «Internet».

2. За результатами аналізу експериментальних матеріалів досліджень клінічних і лікарсько-педагогічних спостережень, контент-аналізу медичних карток пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки, визначити ефективність використання терапевтичних вправ у реабілітаційному процесі.

3. Розробити рекомендації стосовно практичного використання комплексів терапевтичних вправ у реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки.

Методи дослідження.

- Аналіз, узагальнення та систематизація матеріалів науково-методичної літератури і глобальної мережі «Internet» щодо комплексного використання терапевтичних вправ у реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки.

- Контент-аналіз медичних карток пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки.

- Клінічні спостереження щодо комплексного використання терапевтичних вправ у реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки.

- Лікарсько-педагогічні спостереження щодо комплексного використання терапевтичних вправ у реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки.

- Опитування пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки за Візуальною Аналоговою Школою Болю (ВАШБ).

- Тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій) – методика для самоконтролю і самооцінки показників «самопочуття», «активності» та «настрою». Шкала САН складається із значень (3, 2, 1, 0, 1, 2, 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, які відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, рівень стомлення (самопочуття) і характеристики емоційного стану (настрій).

- Тест «Total Active Motion» - для оцінки загального активного руху - суми дуги активного метакарпофалангового, проксимального міжфалангового та дистального міжфалангового руху окремого пальця кисті верхньої кінцівки.

- Методи математичної статистики для обробки отриманих експериментальних результатів із визначенням середньої арифметичної величини ($\bar{x}$), помилки середньої арифметичної величини (m), середнього квадратичного відхилення середньої арифметичної величини (S), критерію достовірності за Стьюдентом (t) на рівнях (при, $p < 0,05$), Δ – різниці відсоткових значень, % – відсоткового значення.

2.2 Організація дослідження

Експериментальні дослідження, за темою кваліфікаційної роботи, проведено у період з січня 2024 по лютий 2025 років протягом наступних етапів.

Контингент дослідження: 16 пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки. Середній вік спортсменів – 18,0 років. Стать пацієнтів – чоловіча. Усі пацієнти, що брали участь у проведенні досліджень, отримали поінформовану згоду згідно критеріїв Гельсінської декларації Всесвітньої Медичної Асоціації [53].

Перший етап – визначення стану проблеми стосовно ефективного комплексного використання терапевтичних вправ у реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки, за

даними аналізу, узагальнення та систематизації матеріалів науково-методичної літератури і джерельної бази «Internet». Також протягом етапу розроблено план проведення експериментальних досліджень, визначено клінічні бази проведення досліджень (кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я; Центр медичної реабілітації та профілактики ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМФУ, аматорські спортивні клуби, федерація дзю-до Запорізької області, секції та гуртки з дзю-до). Сформульовано структурні компоненти кваліфікаційної роботи – мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження, позиції практичної значущості, елементи наукової новизни.

Другий етап – на основі використання експериментальних методів дослідження, клінічних і лікарсько-педагогічних спостережень та опитування пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки за ВАШБ, за методикою САН з визначенням ефективності комплексного використання терапевтичних вправ у реабілітаційній практиці. Визначено ефективність використання терапевтичних вправ на початку і наприкінці експерименту, отримані експериментальні показники дозволили визначити ефективність комплексного використання терапевтичних вправ у процесі реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки.

Третій етап. Обґрунтування, розробка, апробація та практичне впровадження практичних рекомендації стосовно використання комплексів терапевтичних вправ у реабілітації пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхньої кінцівки. Остаточне уточнення висновків і корекція практичних рекомендації відповідно до отриманих експериментальних результатів. Рецензування матеріалів та оформлення сигнального варіанту кваліфікаційної роботи.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Реабілітаційна діагностика травм опорно-рухового апарату пацієнтів (на матеріалі пошкоджень верхніх кінцівок) – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня за МКФ і МКХ

Групи лікарсько-педагогічного спостереження пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок, які брали участь в експериментальних дослідженнях, були відібрані для практичної реалізації індивідуальних програм реабілітації з урахуванням діагнозу згідно кодування за діючою МКХ-11 [57], а саме:

(S40-S49) Травми плеча та плечового поясу

(S46) Травма м'яза та сухожилля в області плеча та плечового поясу

(S46.0) Травма сухожилля обертальної манжети плеча

(S46.1) Травма м'язу та сухожильних структур довгої головки біцепса

(S46.2) Травма м'язу та сухожильних структур інших частин біцепса

(S46.3) Травма м'язу та сухожильних структур трицепса

(S46.7) Множинна травма м'язів і сухожильних структур в області плеча та плечового поясу

(S46.8) Травма інших м'язів і сухожильних структур в області плеча та плечового поясу

(S46.9) Травма неуточнених м'язів і сухожильних структур в області плеча та плечового поясу

(S43) Вивих, деформація та розтягнення суглобів та зв'язок плечового поясу

(S43.0) Вивих плечового суглоба

(S43.1) Вивих акроміально-ключичного суглобу

(S43.2) Вивих грудино-ключичного суглобу

(S43.3) Вивих інших та невизначених частин плечового поясу

(S43.4) Розтягнення та деформація плечового суглобу

(S43.5) Розтягнення та деформація акроміально-ключичного суглобу

- (S43.6) Розтягнення та деформація грудино-ключичного суглоба
- (S43.7) Розтягнення та деформація інших та невизначених частин плечового поясу

(S50-S59) Травми ліктя та передпліччя

(S50) Поверхнева травма передпліччя

- (S50.0) Удар (забиття) ліктя
- (S50.1) Удар (забиття) ліктя та неуточнених частин передпліччя
- (S50.7) Множинні поверхневі травми передпліччя
- (S50.8) Інші поверхневі травми передпліччя
- (S50.9) Поверхневі травми передпліччя, неуточнені

(S53) Вивих, деформація та розтягнення суглобів та зв'язок ліктя

- (S53.0) Вивих головки променевої кістки
- (S53.1) Вивих ліктя, невизначений
- (S53.3) Травматичний розрив ліктьової коллатеральної зв'язки
- (S53.4) Розтягнення та деформація ліктя

(S60-S69) Травми зап'ястя та кисті

(S60) Поверхнева травма зап'ястя та кисті

- (S60.0) Удар пальця (ів) без пошкодження нігтя
- (S60.1) Удар пальця (ів) з пошкодження нігтя
- (S60.2) Удар інших частин зап'ястя та кисті
- (S60.7) Множинні поверхневі травми зап'ястя та кисті
- (S60.8) Інші поверхневі травми зап'ястя та кисті
- (S60.9) Поверхневі травми зап'ястя та кисті, неуточнені

(S63) Вивих, деформація та розтягнення суглобів та зв'язок в області зап'ястя та кисті

- (S63.0) Вивих зап'ястя
- (S63.1) Вивих пальця
- (S63.2) Множинні вивихи пальців
- (S63.3) Травматичний розрив зв'язок зап'ястя та кисті руки
- (S63.4) Травматичний розрив зв'язок пальця у зоні метакарпофалангового

суглоба (ів) і міжфалангового суглоба (ів)

(S63.5) Розтягнення та деформація кисті руки

(S63.6) Розтягнення та деформація пальця (ів)

(S63.7) Розтягнення та деформація невизначеної частини кисті

За міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я – МКФ і МКФ (ДП) [55, 56]:

s7 Розділ 7. Структури, які пов'язані з рухом;

s730 Структура верхньої кінцівки

s7300 Структура плеча

s73000 Кістки плеча

s73001 Лікоть

s73002 М'язи плеча

s73003 Зв'язки і фасції плеча

s73008 Структура плеча, інша уточнена

s73009 Структура плеча, не уточнена

s7301 Структура передпліччя

s73010 Кістки передпліччя

s73011 Зап'ясток

s73012 М'язи передпліччя

s73013 Зв'язки і фасції передпліччя

s73018 Структура передпліччя, інша уточнена

s73019 Структура передпліччя, не уточнена

s7302 Структура кисті

s73021 Суглоби кисті та пальців

s73022 М'язи кисті

s73023 Зв'язки і фасції кисті

s73028 Структура кисті, інша уточнена

s73029 Структура кисті, не уточнена

s7308 Структура верхньої кінцівки, інша уточнена

s7309 Структура верхньої кінцівки, не уточнена

За національним класифікатором (НК) [54]:

s730 Структура верхньої кінцівки

s7300 Структура плеча

s73000 Кістки плеча

s73001 Ліктьовий суглоб

s73002 М'язи плеча

s73003 Зв'язки і фасції плеча

s73008 Структура плеча, інша уточнена

s73009 Структура плеча, інша уточнена

s7301 Структура передпліччя

s73010 Кістки передпліччя

s73011 Променево-зап'ястковий суглоб

s73012 М'язи передпліччя

s73013 Зв'язки і фасції передпліччя

s73018 Структура передпліччя, інша уточнена

s73019 Структура передпліччя, не уточнена

s7302 Структура кисті

s73020 Кістки кисті

s73021 Суглоби кисті та пальців

s73022 М'язи кисті

s73023 Зв'язки і фасції кисті

s73028 Структура кисті, інша уточнена

s73029 Структура кисті, не уточнена

s7308 Структура верхньої кінцівки, інша уточнена

s7309 Структура верхньої кінцівки, не уточнена

d4 Розділ 4. МОБІЛЬНІСТЬ

Перенесення, переміщення та поводження з об'єктами (d430-d449)

d430 Підіймання і перенесення об'єктів

Підіймання об'єкта або переміщення чогось з одного місця в інше, наприклад, при підйомі чашки або іграшки, або перенесення коробки, або дитини з

однієї кімнати в іншу.

d4300 Підіймання

Підіймання об'єкта для того, щоб перемістити його з нижчого рівня на вищий, наприклад коли підіймають склянку зі столу.

d4301 Перенесення в кистях

Взяття або транспортування об'єкта з одного місця в інше за допомогою кистей, наприклад, коли переносять склянку для пиття або валізу.

d4302 Перенесення в руках

Взяття або транспортування об'єкта з одного місця в інше з використанням рук та кистей, наприклад, коли несуть тварину або дитину, або інший великий об'єкт.

d4303 Перенесення на плечах, стегнах і спині

Взяття або транспортування об'єкта з одного місця в інше з використанням плечей, стегон або спини, або їх комбінації, наприклад, при перенесенні великого пакунку або шкільної сумки.

d4305 Опускання об'єктів

Використання кистей, рук та інших частин тіла, щоб покласти об'єкт вниз на поверхню або місце, наприклад, коли ємність із водою опускають на землю.

d4308 Підіймання і перенесення об'єктів, інше уточнене

d4309 Підіймання і перенесення об'єктів, неуточнене

Отже, реабілітаційна діагностика пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня проведена згідно критеріїв міжнародних і національних класифікаторів.

Зазначені підходи до проведення реабілітаційної діагностики пацієнтів є основою для складання індивідуальних програм реабілітації, формування реабілітаційних маршрутів та практичної реалізації індивідуальних програм реабілітації у відновлювальному процесі [58-60].

Це є значущим для контингенту спортсменів, які брали участь у дослідженні – для спортсменів, навіть, аматорського кваліфікаційного рівня, крім якісного відновлення, важливими є терміни відновного процесу для повернення до занять.

3.2 Застосування терапевтичних вправ у реабілітаційному процесі пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм опорно-рухового апарату (на матеріалі пошкоджень верхніх кінцівок)

Лікарсько-педагогічний аналіз узагальнених матеріалів реалізації індивідуальних програм реабілітації у пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня дозволяє констатувати значущість наслідків травм верхніх кінцівок в обмеженні функціональних можливостей пацієнтів – у багатьох випадках зберігається необхідність у підвищенні ефективності реабілітаційних заходів. Також значущими компонентами є визначення критеріїв об'єктивізації та обмеження життєдіяльності, їх впровадження в практичну роботу лікувально-профілактичних і реабілітаційних закладів і експертних медичних комісій. Застосування терапевтичних вправ у процесі відновної терапії у пацієнтів з порушеннями ОРА – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня є ефективним реабілітаційним засобом. Зокрема, це стосується застосування активних і пасивних терапевтичних вправ (ТВ). Активні ТВ є основним засобом фізичної терапії пацієнтів із порушеннями ОРА за рахунок підтримки скоротливої здатності акто-міозінових комплексів, які є підсумковим результатом процесів механічного скорочення м'язової тканини за рахунок хімічних сполук. Крім цього, активні ТВ покращують показники мікроциркуляції лімфи і крові, істотно збільшують кількість активних функціональних капілярів у м'язових волокнах. Значущість активних ТВ обумовлена ще й тим, що, навіть, невеликі, за амплітудою, активні ТВ викликають механічні зміни сухожильних структур і перешкоджають утворенню спайкових структур. На відміну, пасивні ТВ застосовуються в окремі періоди: загоєння ран, зменшення гострих больових проявів, утворення рубцевої тканини, тощо. Таким чином, настає момент, коли для ефективного розтягування спайкових структур використання лише активних ТВ є вже недостатнім. Пацієнту необхідно допомогти подолати механічний опір рубцевої тканини під час рухової дії (на розтягування). Для цього, до структури занять додають пасивні ТВ, що виконуються за допомогою лікаря ФРМ, фізичного терапевта або інструктора з

ЛФК. Зазначені ТВ поліпшують показники рухливості у суглобах, підвищують еластичність рубцових спайок, але, лікарі рекомендують дбайливо ставитися до структур м'язових тканин і зв'язкових структур, не здійснювати активних механічних рухів – таким чином, можна пошкодити тканини. Пасивні ТВ є ефективними у поєднанні з тепловими (термічними) процедурами. Під час формування контрактури, яка є результатом загоювання вправи, незалежно від її походження, тонус м'язів згиначів або розгиначів значно підвищується, а м'язи-антагоністи стають розтягнутими та більш розслабленими. Як у профілактиці, контрактурних утворень, так і у їх відновному лікуванні слід акцентувати увагу на вправах, які розраховані на роботу м'язів-антагоністів: активним, силовим ТВ і на розслаблення м'язів рухів з невеликою амплітудою, з розвантаженням. Під час проведення фізичної терапії з пацієнтами – дзюдоїстами аматорського кваліфікаційного рівня з травмами верхніх кінцівок нами були враховані основні принципи побудови реабілітаційних занять.

Реабілітаційні заняття із застосуванням комплексів ТВ у пацієнтів - дзюдоїстів після травм ОРА склалися із трьох частин: вступна, основна, заключна. Завданням вступної частини була підготовка організму пацієнтів до спеціальних ТВ, які використовувалися в основній частині. Для вступної частини використано загальнотонізуючі ТВ з невеликим обсягом та інтенсивністю фізичних навантажень, дихальні вправи. Основна група містила спеціальні ТВ, які, чергувалися з відпочинком. У заключній частині обсяг та інтенсивність фізичного навантаження поступово знижували, сприяли досягненню спокійного стану організму пацієнтів, виконували нескладні рухи у повільному темпі, дихальні вправи. Обов'язковим було використання принципу індивідуалізації. Для пацієнтів враховували їх індивідуальні особливості, терміни травматизму, характер травми, поточний фізичний стан, тощо.

У комплексах ТВ застосовували метод колового тренування (за окремими станціями) – ця організаційно-методична форма роботи передбачала послідовне виконання спеціально підібраного комплексу ТВ, які спрямовані для розвитку, вдосконалення та відновлення рухових здібностей пацієнтів. Характерною рисою

методу колового тренування (за станціями) є почергове дозоване виконання комплексу з 6-8 ТВ, тренувальний вплив яких спрямований на розвиток конкретної рухової здібності або певних функціональних показників різних систем організму – дихальної, серцево-судинної, опорно-рухової, тощо.

Тренувальні завдання містили 3-4-разове повторення комплексу спеціальних ТВ за визначений час. При цьому, залежно від завдання 6-8 раз виконувалася одна вправа, згодом, у цьому ж режимі 2-а, 3-я та інші ТВ, і, за такою схемою, весь комплекс спеціальних ТВ повторювали 3-4 рази.

Засобами оздоровчо-реабілітаційного тренування були прості за технікою і добре засвоєні пацієнтом ТВ. Для проведення оздоровчо-реабілітаційного тренування методом колового тренування (за станціями) заздалегідь складався комплекс спеціальних ТВ з визначенням відповідних локацій для проведення ТВ. Перед першою процедурою використання ТВ проводилося випробування на субмаксимальний тест – у кожній вправі, визначалася субмаксимальна кількість повторень виконання спеціальної вправи за умов її раціонального виконання. За результатами субмаксимального тесту встановлювалася система дозування та підвищення фізичного навантаження у подальших процедурах. Показниками субмаксимального тесту були: субмаксимальна кількість повторів вправи, максимальна вага обтяження, мінімальний або максимальний час виконання вправи. Критерієм оцінки виконання субмаксимального тесту у пацієнтів із травмами верхніх кінцівок слугувало суб'єктивне відчуття пацієнтом болю, що визначалося за допомогою ВАШБ. Після застосування комплексів ТВ пацієнти основної та контрольної груп мали позитивну оцінку за рівнем болю за ВАШБ. В основній групі за показниками больового синдрому за ВАШБ зафіксовано зниження інтенсивності болю на 50,3 % у процесі терапії ($p \leq 0,05$). Враховуючи отримані дані, можна зробити висновок, що за динамікою показника рівня інтенсивності болю за ВАШБ результат більше покращився в основній групі пацієнтів відносно контрольної, різниця становила 6,8 %, що свідчить про статистично значущі відмінності на рівні ($p \leq 0,05$). Одним з показників суб'єктивного стану психоемоційної сфери пацієнтів – дзюдоїстів аматорського

кваліфікаційного рівня з наслідками травм верхніх кінцівок, є показники самопочуття, активності та настрою за визначались за методикою САН. У дослідженні було проаналізовано анкети пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з наслідками травм верхніх кінцівок основної та контрольної груп. На початку дослідження в аналізі результатів анкетування пацієнтів за методикою САН за жодним показником між основною та контрольною групами не зафіксовано статистично значущих відмінностей ($p \leq 0,05$). Повторне обстеження дозволило зафіксувати статистично значущу різницю за показниками активності та настрою між пацієнтами основної та контрольної груп, при цьому, більш позитивні результати зафіксовано, саме в основній групі ($p \leq 0,05$).

В ОГ показник «самопочуття» збільшився у 2,02 рази проти 1,89 рази у КГ, показник «активність» у пацієнтів ОГ збільшився у 5,50 рази проти 4,79 рази у пацієнтів КГ. Також, у пацієнтів ОГ зафіксована позитивна динаміка за показником «настрій» – у 2,69 рази, у пацієнтів КГ – у 2,59 рази, без фіксації статистично значущих відмінностей ($p \leq 0,05$). Для оцінки функціональних результатів лікування та стану відновлення дистальних відділів верхньої кінцівки було застосовано шкалу ТАМ (Total Active Motion), яка запропонована Американською асоціацією хірургів кисті та відображає функціональний стан пальців кисті. Оцінка функціонального стану пальців кисті за шкалою ТАМ у градусах на початку дослідження становила у пацієнтів ОГ – $141,2 \pm 7,4^\circ$, у пацієнтів КГ – $128,1 \pm 9,9^\circ$.

Під час порівняння цих показників у групах спостереження не було встановлено статистично значущих відмінностей ($p \leq 0,05$). Оцінка функціонального стану пальців кисті за шкалою ТАМ наприкінці дослідження в ОГ пацієнтів дозволила констатувати зростання показника на 56,4 % ($p \leq 0,05$), у пацієнтів КГ – на 24,1 % ($p \leq 0,05$) порівняно з попередніми значеннями. Різниця: 32,3 % - статистично значущі відмінності ($p \leq 0,05$).

Отримані експериментальні результати дозволили зафіксувати ефективність застосування ТВ задля відновної терапії пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок. Це ефективно вплинуло на скорочення терміну відновної терапії та попередження ускладнень і рецидивів цієї

патології у пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок.

Оцінка функціонального стану пацієнтів після травм верхніх кінцівок показала, що перед початком застосування комплексів терапевтичних вправ фіксувалися незадовільні показники самопочуття, настрою та низька активність, спортсмени з ОГ, за суб'єктивними відчуттями болю за ВАШБ, скаржилися на виражений больовий синдром, в обох групах хороші та задовільні результати спостерігалися у меншій кількості пацієнтів – спортсменів, а більшість, із них, мали незадовільні результати.

На підставі отриманих експериментальних даних обґрунтовано методику використання ТВ пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок, яка передбачає застосування методу колового тренування (за станціями) з чергуванням пасивних і активних ТВ з урахуванням тону та рефлекторної відповіді посттравмованих м'язових і зв'язкових структур, використання активних пауз, що сприяє покращенню функціональних показників (елемент інтервального тренінгу).

Методика застосування ТВ у пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок показала, що за динамікою показника рівня інтенсивності болю результат більше покращився у пацієнтів ОГ відносно показників у пацієнтів КГ, різниця становила 6,8 %, що свідчить про статистично значущі відмінності на рівні ($p \leq 0,05$). За показниками «активність» та «настрій» також було встановлено статистично значущу різницю між показниками пацієнтів ОГ і КГ лікарсько-педагогічного спостереження, при цьому більш позитивні результати відмічалися саме у пацієнтів ОГ – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня, що проходили реабілітацію після травм верхніх кінцівок ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. За даними аналізу та узагальнення матеріалів науково-методичної літератури констатуємо, що травми верхніх кінцівок класифікуються згідно критеріїв МКХ, МКФ і НК, що дозволяє зробити якісну реабілітаційну діагностику, яка є основою для складання індивідуальних програм реабілітації, формування реабілітаційних маршрутів та практичної реалізації індивідуальних програм реабілітації у відновлювальному процесі пацієнтів – здобуwcтв аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок.

За МКХ, це (S40-S49) Травми плеча та плечового поясу; (S50-S59) Травми ліктя та передпліччя; (S60-S69) Травми зап'ястя та кисті.

За МКФ і МКФ (ДП), це s7 Розділ 7. Структури, які пов'язані з рухом; s730 Структура верхньої кінцівки; s7300 Структура плеча; s7301 Структура передпліччя; s7302 Структура кисті.

За НК, це також коди s730 Структура верхньої кінцівки; s7300 Структура плеча; s7301 Структура передпліччя; s7302 Структура кисті. d4 Розділ 4. Мобільність; Перенесення, переміщення та поводження з об'єктами (d430-d449)

2. Комплекси ТВ після травм верхніх кінцівок мають певний алгоритм застосування у реабілітаційній практиці:

- ТВ на згинання верхньої кінцівки у травмованому суглобі з акцентом на поступове досягнення відповідної амплітуди рухів;
- ТВ на згинання верхньої кінцівки у травмованому суглобі з акцентом на поступове досягнення відповідної сили рухів;
- ТВ на розгинання верхньої кінцівки у травмованому суглобі з акцентом на поступове досягнення відповідної сили рухів;
- ТВ на розгинання верхньої кінцівки у травмованому суглобі з акцентом на поступове досягнення відповідної амплітуди рухів;
- ТВ на відведення біокінематичних ланок верхньої кінцівки (плечового суглобу) у травмованому суглобі з акцентом на поступове досягнення відповідної

амплітуди і сили рухів;

- ТВ на супінацію та пронацію біокінематичних ланок верхньої кінцівки у травмованому суглобі з акцентом на поступове досягнення відповідної амплітуди і сили рухів.

3. У результаті проведених експериментальних досліджень у пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок зафіксовано наступне:

а) методика застосування ТВ у пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня після травм верхніх кінцівок показала, що за динамікою показника рівня інтенсивності болю результат більше покращився у пацієнтів ОГ відносно показників у пацієнтів КГ, різниця становила 6,8 %, що свідчить про статистично значущі відмінності на рівні ($p \leq 0,05$). За показниками «активність» та «настрій» також було встановлено статистично значущу різницю між показниками пацієнтів ОГ і КГ лікарсько-педагогічного спостереження, при цьому більш позитивні результати відмічалися саме у пацієнтів ОГ – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня, що проходили реабілітацію після травм верхніх кінцівок ($p < 0,05$);

б) після застосування комплексів ТВ пацієнти ОГ і КГ мали позитивну оцінку за рівнем болю за ВАШБ. В ОГ за показниками больового синдрому за ВАШБ зафіксовано зниження інтенсивності болю на 50,3 % у процесі терапії ($p \leq 0,05$);

в) Одним з показників суб'єктивного стану психоемоційної сфери пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з наслідками травм верхніх кінцівок, є показники самопочуття, активності та настрою за визначались за методикою САН. У пацієнтів ОГ показник «самопочуття» збільшився у 2,02 рази проти 1,89 рази у КГ, показник «активність» у пацієнтів ОГ збільшився у 5,50 рази проти 4,79 рази у пацієнтів КГ. Також, у пацієнтів ОГ зафіксована позитивна динаміка за показником «настрій» – у 2,69 рази, у пацієнтів КГ – у 2,59 рази, без фіксації статистично значущих відмінностей ($p \leq 0,05$);

г) для оцінки функціональних результатів лікування та стану відновлення дистальних відділів верхньої кінцівки було застосовано шкалу ТАМ (Total Active

Motion), яка запропонована Американською асоціацією хірургів кисті та відображає функціональний стан пальців кисті. Оцінка функціонального стану пальців кисті за шкалою ТАМ у градусах на початку дослідження становила у пацієнтів ОГ – $141,2 \pm 7,4^\circ$, у пацієнтів КГ – $128,1 \pm 9,9^\circ$.

Під час порівняння цих показників у групах спостереження не було встановлено статистично значущих відмінностей ($p \leq 0,05$). Оцінка функціонального стану пальців кисті за шкалою ТАМ наприкінці дослідження в ОГ пацієнтів дозволила констатувати зростання показника на 56,4 % ($p \leq 0,05$), у пацієнтів КГ – на 24,1 % ($p \leq 0,05$) порівняно з попередніми значеннями. Різниця: 32,3 % – статистично значущі відмінності ($p \leq 0,05$).

Перспективи подальших експериментальних досліджень у зазначеному науковому напрямі стосуються питань удосконалення методики використання терапевтичних вправ у пацієнтів – дзюдоїстів аматорського кваліфікаційного рівня з іншими, більш складними нозологічними формами патологій, пошкоджень і травм верхньої кінцівки (переломів кісток, розривів зв'язок, ампутацій, тощо).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Основні принципи фізичної реабілітації пацієнтів після травм верхніх кінцівок. Ефективна фізична реабілітація ґрунтується на кількох провідних принципах:

Ранній початок: реабілітаційні заходи слід розпочинати якомога раніше, як тільки це дозволить лікар. Ранній початок сприяє: профілактиці ускладнень (контрактур, атрофії м'язів, тромбозів); швидшому зменшенню болю та набряку; стимуляції процесів регенерації; кращому відновленню функцій; зменшенню психологічного стресу.

Звичайно, ранній початок реабілітаційних заходів не означає застосування інтенсивних навантажень з перших днів відновного процесу. Фізичні навантаження збільшуються поступово.

Поступовість: фізичні навантаження у процесі реабілітації збільшуються поступово, від простих ТВ до складніших, від малих амплітуд рухів до повних. Не можна форсувати події, намагаючись відновитися якомога швидше. Це може призвести до повторної травми (рецидиву) або погіршення фізичного стану.

Регулярність: для досягнення стабільного ефекту заняття ТВ повинні бути регулярними, бажано щоденними (або за графіком, встановленим лікарем ФРМ або фізичним терапевтом). Нерегулярні заняття значно знижують ефективність реабілітації.

Індивідуальний підхід: не існує універсальної програми фізичної реабілітації, яка б підходила всім пацієнтам. Програма розробляється індивідуально для кожного пацієнта, з урахуванням: типу та тяжкості травми (перелом, вивих, розтягнення зв'язок потребують різних підходів); віку та фізичного стану пацієнта (молодий пацієнт – спортсмен і літня людина з супутніми захворюваннями потребують різних, принципово відмінних програм реабілітації); наявності супутніх захворювань (цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, артрит можуть обмежувати вибір методів реабілітації); цілей реабілітації (повернення до професійного або аматорського спорту, відновлення побутової активності чи

просто зменшення болю також вимагають різних підходів); комплексний підхід – для досягнення найкращих результатів фізична реабілітація повинна поєднувати різні методи:

Лікувальна фізкультура (ЛФК): Основний метод, що містить ТВ для відновлення рухливості, сили, координації.

Фізіотерапія: використання фізичних факторів (тепло, холод, електричний струм, магнітне поле, ультразвук, лазер) для зменшення болю, запалення, набряку, стимуляції регенерації тканин.

Масаж: покращує кровообіг, знімає м'язові спазми, зменшує біль.

Механотерапія: використання спеціальних тренажерів для відновлення функції суглобів та м'язів.

Медикаментозне лікування: застосовується за показаннями (знеболюючі, протизапальні препарати).

Контроль болю: реабілітація не повинна проходити через сильний біль. Для зменшення больових відчуттів використовуються знеболювальні препарати (за призначенням лікаря), фізіотерапевтичні процедури, прикладання льоду (у гострий період) або тепла (у період відновлення); активна участь пацієнта: успіх реабілітації, багато в чому, залежить від самого пацієнта;

Пацієнту важливо: бути вмотивованим на відновлення; регулярно виконувати вправи; дотримуватися рекомендацій лікаря ФРМ і фізичного терапевта; не боятися ставити запитання; інформувати медичний персонал про будь-які зміни у самопочутті.

Етапи фізичної реабілітації. Процес фізичної реабілітації після травм зазвичай поділяється на кілька етапів, кожен з яких має свої цілі та завдання:

Імобілізаційний період (якщо був): це період, коли пошкоджена біокінематична ланка знерухомлена за допомогою гіпсової пов'язки, ортезу або інших фіксуючих пристроїв. На цьому етапі основна мета – забезпечити спокій і створити умови для загоєння тканин. ЛФК містить дихальні ТВ, ТВ для здорових кінцівок.

Ранній післяімобілізаційний період: починається після зняття імобілізації. Основні завдання: зменшення болю та набряку; поступове відновлення рухливості в суглобах; профілактика контрактур; поліпшення кровообігу та живлення тканин. Застосовуються: пасивні, активно-пасивні ТВ, масаж, фізіотерапія.

Пізній післяімобілізаційний період.

Цілі: подальше відновлення рухливості, зміцнення м'язів, відновлення функції пошкодженої кінцівки.

Методи: активні ТВ з поступовим збільшенням рівня фізичного навантаження, ТВ з опором, ТВ на координацію та рівновагу, механотерапія.

Відновлювальний період.

Цілі: Повне відновлення функції, повернення до звичного рівня активності (включаючи заняття спортом, якщо це можливо).

Методи: функціональні та кардіотренування, ТВ, які імітують звичні рухи, тренування на витривалість.

Приблизні терміни кожного етапу є індивідуальними і залежать від тяжкості травми, віку, загального стану здоров'я пацієнта.

Методи фізичної реабілітації.

Лікувальна фізкультура (ЛФК): це основа фізичної реабілітації, що містить різні види ТВ:

- пасивні ТВ: виконуються фізичним терапевтом, коли пацієнт не може самостійно рухати ураженою кінцівкою;
- активно-пасивні ТВ: пацієнт намагається виконати рух самостійно, а фізичний терапевт допомагає йому;
- активні ТВ: пацієнт виконує рухи самостійно.
- ТВ з опором: використовуються еспандери, гантелі, тренажери.
- ТВ на розтягування: для збільшення еластичності м'язів та зв'язок.
- ТВ на координацію та рівновагу;
- функціональні ТВ: вправи, що імітують повсякденні рухи (ходьба, підйом по сходах, тощо);
- фізіотерапія: це лікування за допомогою фізичних факторів.

- електротерапія: використання електричного струму для знеболення, зменшення запалення, стимуляції м'язів (електрофорез, ампліпульс, діадинамотерапія, міостимуляція);
- магнітотерапія: вплив магнітного поля для покращення кровообігу, зменшення набряку та запалення;
- ультразвукова терапія (УЗТ): вплив ультразвукових хвиль для покращення кровообігу, зменшення болю, розм'якшення рубців;
- лазеротерапія: вплив лазерного випромінювання для знеболення, зменшення запалення, стимуляції регенерації тканин;
- ударно-хвильова терапія (УХТ): вплив акустичними хвилями для руйнування рубцевої тканини, зняття м'язових спазмів, зменшення болю;
- теплолікування: використання тепла (парафін, озокерит) для розслаблення м'язів, зменшення болю;
- кріотерапія: використання холоду для зменшення болю, набряку, запалення (у гострий період травми);
- масаж: покращує кровообіг, знімає м'язові спазми, зменшує біль, готує м'язи до вправ, можуть використовуватися різні види масажу (лікувальний, класичний, точковий, MFR);
- механотерапія: використання спеціальних тренажерів для відновлення функції суглобів і м'язів, тренажери дозволяють дозувати навантаження, контролювати амплітуду рухів, забезпечувати безпеку занять.

Можливі ускладнення (при неправильній реабілітації)

При нераціональному проведенні реабілітації, недотриманні рекомендацій лікаря ФРМ, занадто ранньому (інтенсивному) навантаженні можливі ускладнення:

- контрактури: стійке обмеження рухливості у суглобах через рубцювання;
- атрофія м'язів: зменшення м'язової маси і сили через тривалу гіподинамію;
- хронічний больовий синдром, який зберігається протягом тривалого часу;
- повторні травми (рецидиви);
- погіршення стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афанасьєв С.М. (2017). Проблема порушень опорно-рухового апарату серед дітей дошкільного віку у фізичній реабілітації. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт*, 26: 62-67.
2. Апанасенко Г. (2021). Як керувати здоров'ям людини. *Наука в олімпійському спорті*, 1: 75-80.
3. Бирчак В.М. (2020). Аналіз впливу програми фізичної терапії на показники функціонування передпліччя та китиці у хворих з посттравматичними контрактурами променево-зап'ясткового суглоба. *«Art of Medicine»*, 4: 23-31.
4. Бісмак, О. (2020). Ефективність програми відновлення функції верхньої кінцівки при травматичних та компресійно-ішемічних ураженнях периферичних нервів та плечового сплетення. *Слобожанський науково-спортивний вісник*, 1(75): 10-16.
5. Бісмак, О., & Сафонцев, Д. (2020). Механотерапія як засіб фізичної терапії в осіб з травматичними ушкодження периферичних нервів верхньої кінцівки. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*, (1(121): 20-25.
6. Гурєєва А., Лукашенко А., Мартиненко К. (2024). Диференціація фізичних навантажень студенток на заняттях з оздоровчого фітнесу з урахуванням показників рухового віку. *Актуальні проблеми фізичного виховання та методики спортивного тренування*, 3: 21-32.
7. Дмитрієв О., Гуніна Л. (2020). Синдроми мікроушкодження м'язів і відстроченої м'язової хворобливості у спорті вищих досягнень: участь у розвитку втоми і профілактика. *Наука в олімпійському спорті*, 1: 57-71.
8. Дорошенко В.В., Мезенцева І.В., & Бабич Т.М. (2024). Фізична терапія та відновлення після спортивних травм: оптимізація протоколів і реабілітаційних стратегій. *«Art of Medicine»*, 1(29): 266-270.
9. Дорошенко Е.Ю., Малахова С.М., Черненко О.Є. & ін. (2019). Терапевтичні вправи у процесі фізичної реабілітації спортсменів із травматичними

ушкодженнями опорно-рухового апарату (на матеріалі футзалу). *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*, 12(3): 357-364.

10. Драгунов Д.М., & Черняков В.В. Реабілітація спортсмена після травм. Актуальні проблеми фізіології та реабілітації: [матеріали Міжн. наук. інтернет-конф. (Черкаси, 30 листопада 2021 р.)]. – Черкаси: Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького, 2021. – С. 26-28.

11. Корягін В.М. (2017). Сучасні тенденції фізичної реабілітації при травмах у професійному спорті. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки*, 27: 150-155.

12. Крупа, В., Вольська, І., & Крупа, Ю. (2023). Комплексна фізична реабілітація при травмах та ушкодженнях верхніх кінцівок. *Scientific Collection «InterConf+»*, (40(183): 460-466.

13. Крупеня, С., Бондар, О., & Верзлова, К. (2024). Особливості фізичної реабілітації спортсменів при захворюваннях та травмах опорно-рухового апарату. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*, (7(180): 77-81.

14. Лукашенко А. Терапевтичні вправи у реабілітації пацієнтів з пошкодженнями опорно-рухового апарату. Актуальні питання медицини і фармації – 2025: [тези доповідей 85 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, 15-16 травня 2025 року]. – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. – С. 354-355.

15. Мезенцева І.В. Павлович О.С., & Ярликова В.Д. (2024). Роль фізичної реабілітації в підтримці здоров'я та підвищенні якості життя літніх людей. *«Art of Medicine»*, 4(32): 117-123.

16. Методичні рекомендації до самостійної роботи студентів з дисципліни «Фізична терапія при захворюваннях і травмах у спортсменів» / Укладач: О.Ю. Гузак, Ужгород, 2024. 41 с.

17. Науменко Л.Ю., Іпатов А.В., Зуб Т.О., & Маметьєв А.О. (2018). Стан інвалідності внаслідок травм верхньої кінцівки в Україні за 2017 рік. *Травма*, 19(4): 9-14.

18. Неханевич, О.Б., Канюка, Є.В., Бакурідзе-Маніна, В.Б., Волошко, М.С., Чернігівська, С.А., & Забара О.Ю. (2019). Ефективність фізичної реабілітації пацієнтів із наслідками травм дистальних відділів верхніх кінцівок. *Український вісник медико-соціальної експертизи*, 3-4: 40-45.
19. Попович, Д.В., Сімора, Д.С., & Бойко, В.І. (2024). Фізична реабілітація пацієнтів при травматичному ушкодженні верхньої кінцівки. *Медсестринство*, (4): 65-70.
20. Пустовойт Б.А. (2021). Основні принципи фізичної терапії у спортсменів після травм опорно-рухового апарату. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 6(1): 26-29.
21. Сидорчук, М., & Без'язична, О. (2021). Фізіотерапевтичне втручання після травм кисті. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*, 6(4): 3-7.
22. Трач, Р.Я., Усова, О.В., Мельничук, В.О., Пастушенко, І.Ю., Горшар, Ю.В., & Лях, М.В. (2023). Ефективність фізичної терапії в реабілітації пацієнтів із контрактурами верхньої кінцівки. *Public Health Journal*, 4: 73-76.
23. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина: [підручник для студентів і лікарів] / За заг. ред. В.М. Сокрута. Краматорськ: Каштан, 2019. 480 с.
24. Фізична терапія при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: [навчальний посібник] / А. М. Сітовський. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2022. 183 с.
25. Anwer, S, Waris, A, Gilani, SO, Iqbal, J, Shaikh, N, Pujari, AN, & Niazi, IK. (2022). Rehabilitation of Upper Limb Motor Impairment in Stroke: A Narrative Review on the Prevalence, Risk Factors, and Economic Statistics of Stroke and State of the Art Therapies. *Healthcare*, 10(2): 190.
26. Aldanyowi S.N., & AlOraini L.I. (2024). Personalizing Injury Management and Recovery: A Cross-Sectional Investigation of Musculoskeletal Injuries and Quality of Life in Athletes. *Orthopedic Research and Reviews*, 16: 137-151.
27. Argent R., Daly A., & Caulfield B. (2018). Patient Involvement with Home-Based Exercise Programs: Can Connected Health Interventions Influence Adherence? *JMIR mHealth and uHealth*, 6(3): e47–e47.
28. Berengüí R., Castejón M.A., Martínez-Alvarado J.R. (2021). Goal Setting in Sport

- Injury Rehabilitation: A Systematic Review. *Journal of Physical Education and Sport*, 21(6) 482: 3569–3576.
29. Brooks T.J., Bradstreet T.C., & Partridge J.A. (2022). Current Concepts and Practical Applications for Recovery, Growth, and Peak Performance Following Significant Athletic Injury. *Frontiers in Psychology*, 13: 929487.
 30. Buccellato KH, Nordstrom M, Murphy JM, et al. (2020). A Randomized Feasibility Trial of a Novel, Integrative, and Intensive Virtual Rehabilitation Program for Service Members Post-Acquired Brain Injury. *Military Medicine*, 185: e203-e211.
 31. Colamarino E, Morone G, Toppi J, Riccio A, Cincotti F, Mattia D, Pichiorri F. (2024). A Scoping Review of Technology-Based Approaches for Upper Limb Motor Rehabilitation after Stroke: Are We Really Targeting Severe Impairment? *Journal of Clinical Medicine*, 13(18): 5414.
 32. Cools, A.M., Maenhout, A.G., Vanderstukken, F., Declève, P., Johansson, F.R., Borms, D. (2022). The Challenge of the Sporting Shoulder: From Injury Prevention Through Sport-Specific Rehabilitation Toward Return to Play. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64: 101384.
 33. de Sire A. (2022). Sports-Related Musculoskeletal Injuries: From Diagnostics to Rehabilitation. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 35(4): 687-689.
 34. Doroshenko E., Kokareva S., Kokarev B., Nikanorov O., Sushko R., & Sushchenko L. (2023). Myofascial Release as a Means of Injury Prevention and Movement Amplitude Recovery in Qualified Football Players. *Physical Education Theory and Methodology*, 23(2), 299–309.
 35. Emran M.A., Khandaker M.N., Ahmed S.M., Islam M.T., Khasru M.R., & Salek A. (2020). Sports Injury: Rehabilitation Updates. *Bangladesh Medical Journal*, 49(2), 34-40.
 36. Huang J., Ji JR., Liang C., Zhang YZ., Sun HC., Yan YH., & Xing XB. (2022). Effects of Physical Therapy-Based Rehabilitation on Recovery of Upper Limb Motor Function after Stroke in Adults: a Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Annals of Palliative Medicine*, 11(2): 521-531.
 37. Ho JS-w, Ko KS-y, Law SW & Man GC-w (2023). The Effectiveness of Robotic-

- Assisted Upper Limb Rehabilitation to Improve Upper Limb Function in Patients with Cervical Spinal Cord Injuries: a Systematic Literature Review. *Frontiers in Neurology*, 14: 1126755.
38. Fawaz, S.I., Izumi, S.I., Zaki, A.S. *et al.* (2023). Repetitive Peripheral Magnetic Stimulation for Improving Upper Limb Function in Post-Stroke Hemiparesis. *Egyptian Rheumatology and Rehabilitation*, 50: 35.
39. Fraje C E Watson, Angela E Kedgley, Susie Schofield, Fearghal P Behan, Christopher J Boos, Nicola T Fear, Alexander N Bennett, & Anthony M J Bull. (2024). Upper Limb Function in People with Upper and Lower Limb Loss 8 Years Postinjury: the Armed Services Trauma Outcome Study (ADVANCE) Cohort Study. *Physical Therapy*, 104(10): pzae082
40. King J., Burgess T.L., Hendricks C., & Carson F. (2023). The Coach's Role During an Athlete's Rehabilitation Following Sports Injury: A Scoping Review. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 18(3): 928-944.
41. Kurz E, Bloch H, Buchholz I, et al (2023). Assessment of Return to Play after an Acute Shoulder Injury: Protocol for an Explorative Prospective Observational German Multicentre Study. *BMJ Open*, 13: e067073.
42. Mekbib, D. B., Han, J., Zhang, L., Fang, S., Jiang, H., Zhu, J., ... Xu, D. (2020). Virtual Reality Therapy for Upper Limb Rehabilitation in Patients with Stroke: a Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Brain Injury*, 34(4), 456-465.
43. Moore A.J., Holden M.A., Foster N.E., & Jinks C. (2020). Therapeutic Alliance Facilitates Adherence to Physiotherapy-Led Exercise and Physical Activity for Older Adults with Knee Pain: A Longitudinal Qualitative Study. *Journal of Physiotherapy*, 66(1): 45-53.
44. Paraskevopoulos, E., Pamboris, G. M., & Papandreou, M. (2023). The Changing Landscape in Upper Limb Sports Rehabilitation and Injury Prevention. *Sports*, 11(4), 80.
45. Paster E., Sayeg A., Armistead S., & Feldman M.D. (2022). Rehabilitation Using a Systematic and Holistic Approach for the Injured Athlete Returning to Sport. *Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation*, 4(1): e215-e219.
46. Paterno M.V., & Fitzgerald G.K. (2024). Booster Visits in the Management of the

Acute Musculoskeletal Injuries: Transforming Care to Improve Outcomes – A Perspective Review. *Journal of Orthopaedic Research*, 42(6): 1151-1158.

47. Piussi R., Ivarsson A., Johnson U., & Senorski E.H. (2023). Psychological Factors in Sports Injury Rehabilitation: How Can a Sports Rehabilitation Practitioner Facilitate Communication? *JOSPT Open*, 2(1): 1-3.

48. Platz, T., Schmuck, L., Roschka, S., Burrige, J. (2021). Arm Rehabilitation. In: Platz, T. (eds) *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_7

49. Purton, J., Sim, J., & Hunter, S. M. (2022). Stroke Survivors' Views on their Priorities for Upper-Limb Recovery and the Availability of Therapy Services after Stroke: a Longitudinal, Phenomenological Study. *Disability and Rehabilitation*, 45(19): 3059-3069.

50. Samantha B. Randolph, Allison J. L'Hotta, Katharine Tam, Katherine C. Stenson, Catherine M. Curtin, Aimee S. James, Carie R. Kennedy, Doug Ota, Christine B. Novak, Deborah Kenney, & Ida K. Fox (2024). Accessing Rehabilitation after Upper Limb Reconstructive Surgery in Cervical Spinal Cord Injury: A Qualitative Study. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 30 (4): 35-44.

51. Schwank, A., Blazey, P., Asker, M., Møller, M., Hägglund, M., Gard, S., Skazalski, C., Andersson, S.H., Horsley, I., & Whiteley, R. (2022). Bern Consensus Statement on Shoulder Injury Prevention, Rehabilitation, and Return to Sport for Athletes at all Participation Levels. *Journal of Orthopedic and Sports Physical Therapy*, 52: 11-28.

52. Subramanian SK, Fountain MK, Hood AF, Verduzco-Gutierrez M. (2021). Upper Limb Motor Improvement after Traumatic Brain Injury: Systematic Review of Interventions. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 36(1): 17-37.

53. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження»: [електронний ресурс] – https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text

54. Класифікатор функціонування обмеження життєдіяльності і здоров'я. НК 030:2022 https://moz.gov.ua/uploads/8/44015-nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedial_nosti.pdf

55. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я. [електронний ресурс] – https://uapt.org.ua/wp-content/uploads/docs/5210-preklad_mkf_dorosla_v_docx.pdf
56. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я дітей і підлітків. [електронний ресурс] – <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2017/6%2890%29/pages-37-40/mizhnarodna-klasifikaciya-funkcionuvannya-obmezhennya-zhittiediyalnosti-ta-zdorov-ya-ditey-i-pidlitkiv-uprovadzhennya-v-robotu#gsc.tab=0>
57. Міжнародна класифікація хвороб МКХ-11 (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics): [електронний ресурс] – <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
58. Міністерство охорони здоров'я України: [електронний ресурс] – <https://moz.gov.ua/uk>
59. Українська асоціація фахівців фізичної терапії: [електронний ресурс] – <https://uapt.org.ua/uk/home/>
60. World Physiotherapy: [electronic resource] – <https://world.physio/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Перелік публікацій

1. Гурєєва А., Лукашенко А., Мартиненко К. (2024). Диференціація фізичних навантажень студенток на заняттях з оздоровчого фітнесу з урахуванням показників рухового віку. *Актуальні проблеми фізичного виховання та методики спортивного тренування*, 3: 21-32.

<https://vspu.net/apfv/index.php/journal/issue/view/2>

2. Лукашенко А. Терапевтичні вправи у реабілітації пацієнтів з пошкодженнями опорно-рухового апарату. Актуальні питання медицини і фармації – 2025: [тези доповідей 85 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю, 15-16 травня 2025 року]. – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2025. – С. 354-355.

https://mphu.edu.ua/p_3657.html

ДОВІДКА

№ 35

від 05.06.2025 року

дана Лукашенко Анастасії, у тому, що результати її кваліфікаційної магістерської роботи за темою «Терапевтичні вправи у реабілітаційному процесі пацієнтів з пошкодженнями опорно-рухового апарату», науковий керівник – професор Е.Ю. Дорошенко, використано у практичній діяльності Центру медичної реабілітації та профілактики навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету Міністерства охорони здоров'я України за наступними напрямками:

- застосування терапевтичних вправ у процесі ранньої реабілітації пацієнтів з пошкодженнями ОРА;
- застосування преформованих фізичних чинників у процесі ранньої реабілітації пацієнтів з травмами ОРА.

Довідка дана для використання в якості додатка до кваліфікаційної магістерської роботи.



Наталя ВОЛОХ