

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ
З КУРСОМ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ЗДОРОВ'Я

Збірник матеріалів

студентської науково-практичної конференції

***«Актуальні питання
фізичної терапії та ерготерапії»***



13 листопада 2019 р. м. Харків



поліпшенню процесу реабілітації хворого з пошкодженням кісток тазу та є однією з головних ланок терапії цієї патології.

Лісова Є.М., Шарун С.Н.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ТАВМАМИ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Кафедра спортивної медицини та фізичної реабілітації
з курсом фізичного виховання та здоров'я,
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Науковий керівник: Стратій Н.В.

Травми колінного суглоба у спортсменів різних спеціалізацій зустрічаються найбільш часто. Зв'язковий апарат колінного суглоба грає вирішальну роль в забезпеченні стабільності суглоба, тому його розрив, особливо передньої хрестоподібної зв'язки, може мати незворотні наслідки – порушення стабільності веде до зниження працездатності суглоба, а втрата пропріорецепції, викликана пошкодженням зв'язки, впливає на функцію всієї м'язово-зв'язкової-суглобової системи.

Відомо, що під впливом систематичного застосування фізичних вправ поліпшується трофіка опорно-рухового апарату і кровопостачання в м'язах, збільшується число капілярів, підвищується біоелектрична активність м'язів, що веде до поліпшення їх скорочувальних властивостей. За механізмом моторно-вісцеральних рефлексів фізичні вправи тренують не тільки кісткову мускулатуру, але і всі вегетативні функції, сприяючи регенерації органів і тканин. Лікувальну гімнастику при пошкодженні колінного суглоба призначають на 2-3 день після травми.

Альтернативною, і вельми популярною технікою зміцнення м'язів, є використання вправ із закритим кінематичним ланцюгом, які рекомендується виконувати відразу ж після операції. Кінематичний ланцюг нижньої кінцівки складається з тазостегнового суглоба, колінного і гомілковостопного і сегментів між ними. Цей ланцюг є закритим коли кінцівка (стопа) знаходиться в контакті з поверхнею, наприклад, при осьовому навантаженні або якщо стопа



тисне на що-небудь. Коли стопа знаходиться в контакті з підлогою, згинальний момент діє на тазостегновий, колінний і гомілковостопний суглоб. У відповідь м'язи задньої групи стегна напружуються для стабілізації тазостегнового суглоба і тазу: чотириголовий м'яз — для стабілізації зв'язкового апарату колінного суглоба; триголовий м'яз гомілки — для стабілізації гомілковостопного суглоба.

Основними завданнями, які стоять перед лікарями та фахівцями в області фізичної реабілітації при відновлювальному лікуванні хворих з ушкодженнями суглобово-капсульного апарату є:

- а) забезпечення максимально можливих умов для нормального протікання регенеративних процесів в місці травми;
- б) призначення комплексної медикаментозної терапії та програм відновлення для нормалізації порушеного обміну речовин індивідуально для кожного хворого;
- в) попередження, а при необхідності своєчасне лікування пролежнів, атрофії м'язів, контрактур опорно-рухового апарату;
- г) профілактика і лікування ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної систем методами кінезотерапії;
- д) проведення ранньої та пізньої психологічної реабілітації: поступове зміцнення і розвиток у потерпілого віри в себе та свої сили, стійкості в період перенесення хворобливих почуттів і дискомфорту, мужності під час оперативного втручання, наполегливості в подоланні функціональних розладів;
- е) вироблення втрачених і порушених здібностей спортивних і побутових навичок, самостійного пересування та ін.;
- ж) професійне навчання, а при необхідності – перенавчання;
- з) повна соціальна, побутова та трудова реабілітація.

Отже, при неправильному проведенні реабілітаційних заходів може з'явитися обмеження рухливості в колінних суглобах, головним чином спостерігаються згинальні та розгинальні контрактури. Пацієнти з травмами колінного суглобу потребують комплексного реабілітаційного відновлення,



ефективність якого полягає у своєчасному початку відновного лікування та застосуванні можливо більш повного збалансованого комплексу методів і засобів фізичної терапії.

Новіков С.Д., Татьянченко Ю.С.

ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРИЖІ ХРЕБТА В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ

Кафедра спортивної медицини та фізичної реабілітації
з курсом фізичного виховання та здоров'я,
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна
Науковий керівник: ас. Сушецька А.С.

Грижі відносяться до широкої групи хвороб різних органів людини. Одними з найбільш тяжких патологій в плані лікування вважають міжхребцеві різновиди грижі. Ця хвороба являє собою зміщення пульпозного ядра міжхребцевого диску, при якому відбувається розрив фіброзного кільця. Найбільш часто зустрічаються грижі дисків поперекового відділу хребта (130 випадків на 100 000 населення на рік), набагато рідше зустрічаються грижі в шийному та грудному відділі. В 48% випадків грижі локалізуються на рівні L5-S1, на рівні L4-L5 – 46%, інші - 6%- на інших рівнях або на декількох рівнях попереково-крижового відділу.

Поперековий відділ хребта - дуже важлива структура нашого організму. Саме він, окрім вертикальної підтримки спини, відповідає також за нахили, згинання, розгинання та повороти. Ця особливість і визначає той фактор, що саме поперек схильний до найбільшого ризику виникнення гриж.

Причинами загострення болю в попереку можуть бути підвищені фізичні перевантаження, тривале незручне положення, переохолодження, запальні процеси, нервові перевантаження.

Симптоми міжхребцевої грижі:

Факт виникнення грижі відображається не тільки на хребті, але і на інших структурах - судинах та нервах. За цією причиною признаки грижі поперекового відділу розділяють на 3 групи.