

Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії

*Методичні вказівки
до проведення практичного заняття
магістрів 1-го курсу IV медичного факультету*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії

***Методичні вказівки
до проведення практичного заняття
магістрів 1-го курсу IV медичного факультету***

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 7 від 31.08.2020.

**Харків
ХНМУ
2020**

Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії : метод. вказ. до проведення практ. занять магістрів 1-го курсу IV мед. фак-ту / упоряд. А. Г. Істомін, Т. М. Павлова, А. С. Сушецька та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 56 с.

Упорядники А. Г. Істомін
 Т. М. Павлова
 А. С. Сушецька
 О. В. Резуненко
 С. І. Латогуз
 О. В. Луценко
 А. А. Калюжка
 К. І. Терьошкін
 О. Л. Сивенко
 О. І. Медовець

Тема 1. Вступ у фізичну терапію та ерготерапію при захворюваннях опорно-рухового апарату

Тривалість викладання теми: 2 заняття, 4 академічних години.

Обґрунтування теми. Реабілітація хворих та інвалідів у нашій країні являє собою комплексну систему державних медичних, психологічних, соціально-економічних, педагогічних, виробничих, побутових та інших заходів. Відновлювального лікування потребують хворі, які перенесли важкі захворювання (інфаркт міокарда, крововилив у головний мозок, пошкодження спинного мозку, захворювання суглобів і хребта, що супроводжуються деформаціями), хворі з вродженими чи набутими порушеннями опорно-рухового апарату; які страждають дефектами зору, органів мови і слуху; хворі з важкими ураженнями центральної нервової системи; психічно хворі; хворі, що перенесли важкі операції на серці і внутрішніх органах; люди, які втратили працездатність внаслідок тривалих і частих захворювань; інваліди всіх груп.

В Україні за європейською аналогією реабілітації людей з особливими потребами громадяни, котрі отримують групу інвалідності, водночас отримують індивідуальну програму реабілітації (ІПР). У ній зазначають особливості діагнозу інваліда й те, які засоби реабілітації він має право отримати від держави безкоштовно.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при захворюваннях опорно-рухового апарату.

Конкретні цілі (знати, вміти):

а) знати:

- термінологічний апарат;
- основні методи та засоби фізичної реабілітації;

б) вміти:

- ознайомити з основними видами фізичної реабілітації;
- ознайомити з основними принципами призначення фізичної реабілітації у хворих ортопедично-травматологічного профілю.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію	30 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації в ортопедії та травматології	20 хв
Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації	30 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значенням	20 хв
Розгляд лікувальних блоkad – першочергового напрямку терапії	30 хв
Розгляд фізичних чинників та їх ролі в медичній реабілітації	30 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Знання пройденого матеріалу	Опитування студентів
2	Вступ. Поняття про фізичну реабілітацію	Ознайомлення з поняттям фізичної реабілітації
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блоkad та призначенням фізичних чинників
5		Підведення підсумків заняття

Зміст

За даними ВООЗ, у розвинутих країнах майже чверть стаціонарних хворих та половина пацієнтів, які лікуються в поліклініці, потребують відновлювальної терапії та медико-соціальної реабілітації. У нашій країні створено нормативно-правове підґрунтя для розвитку системи реабілітації і, насамперед, надання індивідуально орієнтованих реабілітаційних послуг.

Фізична реабілітація – суспільно необхідне функціональне і соціально-трудове відновлення здоров'я хворих та осіб з інвалідністю. Вона здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя і праці.

Складові частини індивідуальної програми реабілітації інвалідів:

1. Клініко-функціональний діагноз та код за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ-10) – вказується захворювання або його ускладнення, яке призводить до обмежень життєдіяльності (з ураженням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи, з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю, з ураженням органів слуху, органів зору, внутрішніх органів, з онкологічними захворюваннями); вказуються супутні захворювання, що здатні впливати на перебіг і тяжкість основного захворювання або можливість реабілітації хворого; вказуються вид та ступінь обмежень життєдіяльності до реабілітації і після реабілітації; указується термін, протягом якого здійснюватиметься реабілітаційний захід.

2. **Розділ «Медична реабілітація»** заповнюється відповідно до потреби інваліда (дитини-інваліда) в заходах медичної реабілітації. Указуються характер медичних заходів, їхня кількість, обсяг, методи та строки виконання, за необхідності із залученням до формування цього розділу в разі потреби спеціалістів закладів охорони здоров'я. Програма медичної реабілітації заповнюється у разі, коли не вичерпаний біомедичний та особистісний реабілітаційний потенціал та у разі необхідності забезпечення інваліда базовою медикаментозною та іншими видами медичної реабілітації згідно зі стандартами надання медичної допомоги, які затверджені Наказом МОЗ України за нозологічними формами. Чітко визначаються терміни та етапи – стаціонарний, амбулаторний, санаторний.

3. **Розділ «Психолого-педагогічна реабілітація»** визначає обсяг, кількість та тривалість курсів, строки виконання послуг з консультування, діагностики, патронажу, психологічної та педагогічної корекції розвитку дітей та молоді з функціональними обмеженнями з залученням до заповнення цього розділу фахівців органів освіти.

4. **Розділ «Фізична реабілітація»** фіксує характер заходів фізичної реабілітації (ерготерапія, кінезотерапія, лікувальний масаж, лікувальна фізкультура), кількість курсів із залученням до формування цього розділу відповідних фахівців лікувально-профілактичних закладів.

5. **Розділ «Професійна реабілітація»** – експертиза професійної придатності інвалідів у першу чергу проводиться для професій (спеціальностей), за якими вони працювали, а також для професій (спеціальностей), здобуття яких можливе в майбутньому.

6. **Розділ «Трудова реабілітація»** має включати докладний опис усіх чинників та елементів майбутньої трудової діяльності інваліда.

7. **Розділ «Фізкультурно-спортивна реабілітація»** заповнюється у разі відсутності протипоказань в інваліда, дитини-інваліда до фізкультурно-спортивної реабілітації.

8. **Розділ «Соціальна та побутова реабілітація»** включає перелік заходів, спрямованих на надання форм соціальної допомоги і послуг для адаптації в соціальній сфері, соціально-побутової реабілітації. Потреба в ній визначається лікарями МСЕК, ЛКК після обстеження соціально-побутових умов проживання інваліда.

9. **Розділ «Технічні та інші засоби реабілітації»** – потреба в засобах пересування, спеціальних засобах для самообслуговування, протезних виробках; спеціальних засобах для догляду, для освіти та трудової діяльності.

10. **Розділ «Вироби медичного призначення»** заповнюється на підставі медичних показань для забезпечення компенсації обмежень життєдіяльності, а також для відновлення втрачених або набуття нових професійних знань, навичок, умінь соціальної адаптації із залученням фахівців лікувально-профілактичних установ.

Реабілітаційний потенціал визначається на основі комплексу медичних і соціальних показників, а також результатів проведених реабілітаційних заходів. В ІПР зазначається реабілітаційний потенціал: високий, середній, низький.

11. Мета реабілітації: відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності.

Ситуаційні задачі

1. Який час проведення лікувальної гімнастики для ортопедо-травматологічних хворих (період іммобілізації, індивідуально).

Відповідь. 15 хв.

2. Для оцінки приведення та відведення в порменево-зап'ястковий суглобі банжі кутоміра накладають?

Відповідь. Одну вздовж 3 п'ясної кістки, другу по повздовжній вісі передпліччя.

3. Ротаційні рухи в поперековому відділі хребта оцінюють при вимірюванні відстані?

Відповідь. Від мечоподібного відростка груднини до остистого відростка V поперекового хребця.

4. Яка послідовність масажу і теплової процедури при функціональних порушеннях опорно-рухового апарату?

Відповідь. Призначають спочатку теплову процедуру, потім масаж.

5. Як призначаються масаж та ультразвук для знаття больового симптому при вертеброгенній патології.

Відповідь. Призначають спочатку ультразвук, потім масаж в один день.

Контрольні питання

1. Яка система реабілітація хворих та інвалідів у нашій країні?

2. Хто потребує відновлювального лікування?

3. Який процес являє собою медико-соціальна реабілітація хворих, інвалідів?

4. Яка мета медико-соціальної реабілітації?

5. Що таке медико-соціальна експертиза?

6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення потреб особи у зв'язку з інвалідністю?

7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда?

8. Які види допомоги інвалідам визначаються в індивідуальній програмі реабілітації?

9. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення інвалідів?

10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури?

11. Які основні правила проведення лікувальних блоkad?

12. Як призначаються фізичні чинники для реабілітації травматологічних та ортопедичних хворих?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.

2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.

3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.

4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.

5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.

6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.

7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.

2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>

3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>

4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>

Тема 2. Фізична терапія та ерготерапія при сколіозах

Тривалість викладання теми: 4 заняття, 8 академічних години.

Обґрунтування теми. Сколіоз хребта являє собою викривлення його осі, дугоподібне за формою, що нагадує латинську букву «С» або «S». Найбільш часто з'являється в період інтенсивного росту, у дітей у віці до 15 років. До речі, у дівчаток він виникає набагато частіше, ніж у хлопчиків. Викривлення хребта – сколіоз – спричиняє порушення функціонування органів і систем. Якщо даний стан вчасно не діагностувати і не лікувати, то в подальшому може відбуватися зміщення хребців. Це може спричинити серйозні порушення в роботі внутрішніх органів і організмі в цілому, що позначиться і на загальному самопочутті. Якщо переглянути різні медичні джерела, присвячені захворюванням хребта, ми побачимо, що в більшості випадків причини появи сколіозу хребта до теперішнього часу залишаються невивченими. Серед загальних причин викривлення хребта можна виділити м'язові або кісткові зміни. Оскільки для створення вертикальної осі хребта потрібно, щоб всі кістки і м'язи були строго симетричними, часто сколіоз є супутником інших захворювань опорно-рухового апарату, нервової системи і ряду системних захворювань сполучної тканини, що може мати як рефлекторний, так і психологічний характер.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при сколіозах.

Конкретні цілі:

- а) знати:
- термінологічний апарат;
 - основні принципи призначення фізичної реабілітації у хворих при сколіозах;
- б) вміти:
- застосовувати основні методи та засоби фізичної реабілітації при сколіозах;
 - ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при сколіозах.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при сколіозах	60 хв
Розгляд показань та протипоказань до фізичної реабілітації при сколіозах	40 хв
Ознайомлення з методами та засобами фізичної реабілітації при сколіозах	60 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значенням при сколіозах	60 хв

Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при сколіозах	60 хв
Розгляд фізичних чинників та їх ролі в медичній реабілітації при сколіозах	60 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Знання пройденого матеріалу	Опитування студентів
2	Вступ. Поняття про сколіоз	Ознайомлення з поняттям сколіоз
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при сколіозах	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при сколіозах
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при сколіозах	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блокад та призначенням фізичних чинників при сколіозах
5	.	Підведення підсумків заняття

Зміст

Сколіоз призводить до розвитку анатомічних порушень, до яких відносяться: сутулість і деформація грудної клітки. Вся складність полягає в тому, що сколіоз на ранніх стадіях розвитку захворювання може бути мало помітний, а занедаючи захворювання, ми втрачаємо шанси на успіх у лікуванні. Організм, у свою чергу, намагаючись відновити вертикальний баланс хребта, утворює додаткові викривлення. Залежно від локалізації викривлення хребта виділяють кілька видів сколіозу: верхньогрудний, грудний, грудопоперековий, поперековий і комбінований, коли утворюється подвійне викривлення хребта. Залежно від величини кута викривлення виділяють IV ступеня тяжкості сколіозу: сколіоз I ступеня (відхилення від осі на 5–10°), сколіоз II ступеня характеризується вже більш вираженим відхиленням – до 30°, сколіоз III ступеня – до 60° і IV ступеня – більше 60°. Діагноз сколіоз хребта I ступеня можна поставити на підставі таких критеріїв: наявність перекосу тазових кісток, зведені і опущені плечі, постійно опущене положення голови, одне надпліччя вище іншого, намічається поворот хребців навколо своєї вертикальної осі, асиметрії талії.

Для сколіозу II ступеня характерна наявність таких ознак: поворот хребців навколо вертикальної осі, асиметрія контурів шиї і талії, на боці викривлення в поперековому відділі може утворитися м'язовий валик, а в грудному відділі – випинання.

При сколіозі III ступеня будуть всі ознаки сколіозу II ступеня, а також виражена торсія і чітко окреслений реберний горб. Сколіоз IV ступеня відрізняється вираженою деформацією хребта, а всі вже вищеописані симптоми будуть посилені. Шийний сколіоз являє собою викривлення хребта, розташоване в області шиї. У людей, які страждають даною патологією, відзначаються деформовані черепні кістки і неправильної форми потиличні м'язи і м'язи в ділянці шиї, так само може спостерігатися асиметрія плечового контуру. Сколіоз грудного відділу хребта є одним із найпоширеніших і в особливих випадках може призвести до утворення міжреберного горба. Поширеність сколіозу грудного відділу пов'язана з анатомічними особливостями даного відділу хребта, в ньому найбільш часто спостерігаються скручування. Перші ознаки сколіозу грудного відділу можна помітити навіть самотійно, це буде проявлятися в різній висоті лівого і правого плеча та нерівною лінією хребців. Безсумнівно, такі «перекоси» в поставі і порушення в анатомії хребетного стовпа призводять до появи больового синдрому від перенапружених м'язів і здавлених нервових шляхів. Сколіоз грудного відділу хребта – симптоми у вигляді больових відчуттів будуть основними з локалізацією в міжлопатковій ділянці. При нахилі тулуба за рахунок скручування хребта сколіоз може проявитись за типом м'язового валика. Реберний горб при поперековому сколіозі звичайно не спостерігається. Функціональних розладів також може не бути. Сколіоз поперекового відділу зазвичай не прогресує, тому і лікувати його набагато легше, ніж інші види. Однак з лікуванням все одно не варто затягувати. В основному для лікування сколіозу застосовують консервативні методи, але коли деформація дуже виражена і заважає нормальній життєдіяльності вдаються до радикальних заходів і тоді допомагає тільки операція на хребті – сколіоз вдається зупинити. Корсет для хребта при сколіозі бере на себе функцію компенсації тиску сили тяжіння і при цьому не обтяжує хворого, покращуючи також функцію серцево-судинної та легеневої систем.

Носити корсет рекомендують, з того моменту, коли кривизна хребта досягне 20° , але ця цифра дуже відносна і приймати рішення про фіксацію хребта необхідно індивідуально, виходячи із загальної картини захворювання. Медики вдаються до примусової фіксації та розвантаження хребта за наявності деформації хребта в діапазоні $5-40^\circ$. Загальне правило полягає в тому, що чим раніше це відбувається, тим більше буде користі, але при цьому необхідно пам'ятати, що лікування необхідно підкріплювати лікувальною гімнастикою, масажем і дихальними вправами. Вправи лікувальної гімнастики повинні допомагати зміцненню м'язів, що здійснюють підтримку хребта у правильному положенні. До вправ, які сприяють виробленню правильної постави, належать такі – на рівновагу, балансування, з посиленням зорового контролю та деякі інші. Комплекс складається з вправ на розминку, вправ з положення лежачи, стоячи. У комплекс-

ному лікуванні застосовують в основному коригуючі, асиметричні і симетричні вправи. Коригуючі вправи передбачають мобілізацію хребта, на тлі якої проводиться корекція дуги викривлення за допомогою спеціальних коригуючих вправ. Комплекс асиметричних вправ також спрямований на корекцію хребта. Зарядка при сколіозі хребта позитивно впливає на його кривизну, помірно розтягує м'язи і зв'язки на увігнутій стороні дуги викривлення і забезпечують диференційоване зміцнення ослаблених м'язів на опуклій стороні. Оскільки найпоширенішим видом сколіозу є грудний, розглянемо декілька простих вправ, що використовуються в практиці. Одна із вправ: вихідне положення сидячи на стільці, кладемо руки «в замку» на потилицю, далі слід прогинатися грудним відділом на вдих – прогин, на видих – нахил. Наступна вправа з вихідного положення лежачи на підлозі, руки кладемо за голову і прогинаємо спину назад – на вдих, піднімаємо тільки верхню частину тіла – на видих.

Фізіотерапевтичні методи застосовують для лікування сколіозу на ранній стадії. Щобвилікувати дитину, призначають профілактичний масаж, душ Шарко, грязелікування, електрофорез, фонофорез. Електрофорез покращує проникнення протизапальних і знеболюючих медикаментів в організм під дією гальванічного струму. Електрофорез сприяє іонізації медикаментів за допомогою електричного струму. Електрофорез дозволяє вводити кілька ліків у різні ділянки тіла одночасно. Дуже популярні сучасні фізіотерапевтичні методи: магнітотерапія, лазерна і ультрависокочастотна терапія, термотерапія.

Ситуаційні задачі

1. Хлопчик 11 років з діагнозом «сколіоз грудного відділу хребта II ступеня» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте спеціальну коригуючу гімнастику.

Відповідь. Для розв'язання цих завдань використовуються гімнастичні вправи для зміцнення м'язів спини, живота, бічних м'язів тулуба переважно з положення лежачи на животі, спині, в упорі стоячи на колінах. Це дає змогу підвищити силову витривалість м'язів тулуба у найвигідніших умовах формування м'язового корсета і закріплення досягнутої корекції.

2. Хлопчик 12 років перебуває на лікуванні у спеціальній школі-інтернаті з діагнозом правосторонній сколіоз грудного відділу хребта II ступеня. Призначте ЛГ. Які спеціальні вправи слід включити в процедуру ЛГ?

Відповідь. Якщо розглядати корисні вправи при правосторонньому сколіозі, можна виділити кілька основних – це найбезпечніші вправи, які допоможуть просунутися вперед у боротьбі зі сколіозом:

– піднімання лівої руки вгору – виконувати цю вправу потрібно з відведенням правої руки назад;

– наос – при правобічному сколіозі права рука повинна спрямовуватися по тілу ковзним рухом вниз, а ліва рука при цьому прямує вгору до плеча;

– вигинання спини в положенні лежачи – лежачи на животі, потрібно вигинати спину, піднімаючи при цьому ліву руку вгору;

– нахили вправо – роблять з положення сидячи; для цього використовують спеціальне косе сидіння.

3. Які методи дослідження дозволяють визначити рухливість хребта, силу і витривалість м'язів спини і черевного пресу при сколіотичній хворобі?

Відповідь. Нахили тулуба з торканням підлоги долонями, станова сила, утримання ніг у вихідному положенні на спині під кутом 45° протягом 1,5–2 хв.

4. Дівчина 10 років страждає на сколіоз I ступеня. Які спеціальні вправи слід включити в процедуру ЛГ?

Відповідь. Призначити симетричне тренування всіх груп м'язів, статичні та динамічні вправи.

5. Хлопчик 16 років хворий на сколіоз III ступеня. Які бажано призначати та включити вправи в процедуру ЛГ.

Відповідь. При сколіозі III ступеня перш за все слід призначити ди- хальні вправи, вправи для укріплення м'язів спини та живота.

Контрольні питання

1. Що являє собою захворювання сколіоз?
2. Які патогенетичні особливості виникнення сколіозу?
3. Який процес являє собою сколіоз?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при сколіозі?
5. Яка класифікація сколіозу прийнята в Україні?
6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при сколіозі?
7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при сколіозі?
8. Які види програм реабілітації застосовуються при сколіозі?
9. У якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при сколіозі?
10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при сколіозі?
11. Які основні правила проведення медичної реабілітації при сколіозі?
12. Як призначаються фізичні чинники для реабілітації хворих зі сколіозом?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.

3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.

4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.

5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.

6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.

7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.

2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>

3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>

4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>

5. <http://suglob.com/skolioz/hrebta-symptomy-i-likuvannja#ixzz5EbpCpsoV>

6. <http://suglob.com/skolioz/hrebta-symptomy-i-likuvannja#ixzz5EbpKv4TB>

Тема 3. Фізична терапія та ерготерапія при вродженій клишоногості

Тривалість викладання теми: 4 заняття, 8 академічних години.

Обґрунтування теми. Відповідно до статистичних даних більше 100 тис. дітей в усьому світі щороку народжуються з вродженою клишоногістю. Вісімдесят відсотків з них припадає на країни, що розвиваються. Більшість з цих дітей не отримують лікування або отримують його не в повному об'ємі. Випадки занедбанної клишоногості накладають соціальний, психологічний і фінансовий тягар на пацієнтів, їх сім'ї і суспільство.

У глобальному масштабі запущена клишоногість є найсерйознішою причиною інвалідності серед вроджених дефектів опорно-рухового апарату. В Україні багато дітей з клишоногістю піддаються хірургічному лікуванню, часто з незадовільними результатами і ускладненнями. Звичайною справою є потреба в одній або більше повторних операціях. Хоча стопи після хірургічного втручання і виглядають краще, вони тугорухливі і часто болять. Після закінчення підліткового віку інтенсивність болю зростає, і пацієнт часто стає інвалідом.

Все описане вище обґрунтовує актуальну та складну проблему лікування та проведення фізичної реабілітації, попередження рецидиву при вродженій клишоногості.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при клишоногості.

Конкретні цілі (знати, вміти):

а) знати:

– термінологічний апарат;

– основні методи та засоби фізичної реабілітації при вродженій клишоногості;

б) вміти:

– ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при вродженій клишоногості;

– ознайомити з основними принципами призначення фізичної реабілітації у хворих при вродженій клишоногості.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при вродженій клишоногості.	60 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації при вродженій клишоногості	40 хв
Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації при вродженій клишоногості	60 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значенням при вродженій клишоногості	60 хв
Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при вродженій клишоногості	60 хв
Розгляд фізичних чинників та їх ролі в медичній реабілітації при вродженій клишоногості	60 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Знання пройденого матеріалу	Опитування студентів.
2	Вступ. Поняття про вроджену клишоногість	Ознайомлення з поняттям вродженої клишоногості
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при вродженій клишоногості	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при вродженій клишоногості
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при вродженій клишоногості.	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блокад та призначенням фізичних чинників при вродженій клишоногості
5		Підведення підсумків заняття

Зміст

Клишоногість – це стійка вроджена розгинально-привідна контрактура суглобів стопи, яка проявляється типовою клінічною картиною і спричинена вродженим порушенням розвитку кісток стопи, їх суглобових поверхонь, у тому числі і гомілковостопного та піднадп'яtkового суглобів, а також їх капсуло-зв'язкового та м'язового апаратів (присередньої і задньої групи зв'язок і сухожилків).

Розрізняють два типи вродженої клишоногості: типову і нетипову. Частота їх відповідно 80 і 20 %. При типовій клишоногості всі морфологічні зміни не поширюються вище межі гомілковостопного суглоба. Типові форми діляться на такі: а) легкі, що трапляються рідко і легко виліковуються; б) м'якотканинні, так звані зв'язкові (лігаментарні), що спостерігаються найчастіше, з добре вираженим підшкірним жировим шаром і рухливою шкірою; в) кісткові, коли при малорухливій шкірі відзначаються кісткові виступи по бічній стороні стопи (надп'яtkова кістка, збільшена бічна кісточка, горбистість V плеснової кістки). Нетипова клишоногість спостерігається при артрогрипозі, вроджених аномаліях розвитку кісток гомілки, амніотичних перетяжках тощо.

Масаж проводять під час кожного заняття коригуючою гімнастикою за наступною спеціальною методикою: однією рукою фіксують гомілку дитини, другою (подушечками пальців) по бічній і передній поверхні гомілки і стопи, де м'язи слабкі й розтягнуті, виконують тонізуючий масаж у швидкому, енергійному темпі, тим самим зміцнюючи їх. Застосовують розтирання (збільшує скорочувальну функцію м'язів, підвищує їх тонус), розминання (поліпшує рухливість сухожилків і зв'язкового апарату, покращує кровообіг не лише на місці масажу, а й на прилеглих ділянках).

Після виконання коригуючої гімнастики і масажу стопу дитини фіксують у коригованому положенні бинтуванням за Фінком–Еттінгеном. Ширина бинта – 5–6 см, довжина – 2 м. Бинт кладуть вільним кінцем на тильну поверхню бічного краю стопи, обхоплюючи передній відділ стопи циркулярно і щільно 2 рази. Після другого туру бинт по бічній поверхні гомілки переводять на стегно, утворюючи з гомілкою прямий кут, перегинають через стегно в підколінну ямку зсередини назовні, потім косо через передньобічну поверхню гомілки зверху і ззовні, вниз і досередини переводять на присередній край стопи: після обхоплення стопи бинт знову піднімають на стегно. Корекцію деформації розпочинають одразу після її виявлення. Основним методом лікування в цей період є консервативний, що полягає в застосуванні лікувальної фізкультури, лікувального масажу, корекції положенням та фізіотерапії. Корекція положенням у цей період життя дитини є дуже важливим засобом фізичної реабілітації. Необхідно, по-перше, фіксацією дитини у правильному положенні розтягувати уражений м'яз, і, по-друге, не допустити переходу неправильного положення голови в патологічну звичку, коли дитина фіксує в підсвідомості це неправильне положення як правильне, що ще більше посилює деформацію. Протягом перших 2–3 міс фізичні вправи носять повністю пасивний характер. Коригуючу гімнастику доцільно виконувати по 5–7 хв при кожному перепеленанні дитини. Легкими плавними рухами проводять пасивну корекцію деформації шляхом повороту голови дитини у хворий бік, а потім легкого нахилу в здорову. Після кожного руху затримуються на декілька секунд в кінцевому положенні, фіксуючи його. Таким чином ніби виконують пасивні рухи в напрямках, протилежних деформації. Оскільки ці заняття необхідно проводити тривало багаторазово протягом дня, доцільно навчити їх виконання маму. Перед проведенням масажу з 1–1,5-місячного віку застосовують теплові процедури у вигляді солюксу, сухої грілки (мішечок з теплим піском, кухонною сіллю, насінням льону тощо) температурою 40 °С на 10–15 хв. Для уникнення опіку шкіри дитини необхідно перед прикладанням грілки до тіла дитини перевірити її, приклавши до власної щоки. Курс застосування теплових процедур 25–30 з перервою в 1 місяць. Також можна застосовувати оліготермічні дози УВЧ, парафінові аплікації.

З метою покращення еластичності рубцево зміненого м'язу та зменшення його контрактури застосовують електрофорез розчину йодиду калію (негативний електрод з прокладкою, змоченою розчином калію йодиду, вкладають на змінений м'яз, а позитивний – на задню поверхню шиї), а також лідази чи ронідази. Процедури виконують через день або щоденно, 25–30 сеансів на курс, повторний курс – через 4–6 міс.

Ситуаційні задачі

1. Хлопчик 10 років з діагнозом «вроджена клишоногість» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте спеціальну коригуючу гімнастику.

Відповідь. Призначають: довільна розминка (біг, марширування, стрибки), балетний крок (ходити по прямій лінії з відведенням носка назовні, намагаючись висувати п'яту), розробка бічних поверхонь ступні (стояти по 20–40 с на зовнішніх, а потім на внутрішніх склепіннях стопи), в положенні сидячи на стільці обертати стопами в різні боки, перекочувати м'ячі різного діаметру, захоплювати пальцями і переміщати дрібні предмети (олівці, клаптики, папір), глибоко присідати без відриву підшви від поверхні підлоги.

2. Хлопчик 8 років з діагнозом «вроджена клишоногість» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте фізіотерапевтичне лікування.

Відповідь. З метою покращання еластичності рубцево зміненого м'язу та зменшення його контрактири застосовують електрофорез розчину йодиду калію (негативний електрод з прокладкою, змоченою розчином калію йодиду, вкладають на змінений м'яз, а позитивний – на задню поверхню шиї), а також лідази чи ронідази. Процедури виконують через день або щоденно, 25–30 сеансів на курс, повторний курс через 4–6 міс.

3. Дівчина 10 років страждає на вроджену клишоногість. Який основний метод лікування при корекції деформації.

Відповідь. Основним методом лікування в цей період є консервативний, що полягає в застосуванні лікувальної фізкультури, лікувального масажу, корекції положенням та фізіотерапії.

4. Дівчина 8 років страждає на вроджену клишоногість. Які прийоми лікувального масажу застосовують при цій патології.

Відповідь. Масаж проводять під час кожного заняття коригуючою гімнастикою за наступною спеціальною методикою: однією рукою фіксують голілку дитини, другою (подушечками пальців) по бічній і передній поверхні гомілки і стопи, де м'язи слабкі й розтягнуті, виконують тонізуючий масаж у швидкому, енергійному темпі, тим самим зміцнюючи їх. Застосовують розтирання (збільшує скорочувальну функцію м'язів, підвищує їх тонус), розминання (поліпшує рухливість сухожилків і зв'язкового апарату, покращує кровообіг не лише на місці масажу, а й на прилеглих ділянках).

5. Хлопчик 11 років страждає на вроджену клишоногість. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при вродженій клишоногості.

Відповідь. Виконання коригуючої гімнастики і масажу стопи дитини фіксують у коригованому положенні бинтуванням за Фінком–Еттінгеном. Корекція положенням в цей період життя дитини є дуже важливим засобом фізичної реабілітації.

Контрольні питання

1. Що являє собою захворювання «вроджена клишоногість»?
2. Які патогенетичні особливості виникнення вродженої клишоногості?
3. Який процес являє собою вроджена клишоногість?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при вродженій клишоногості?
5. Яка класифікація прийнята в Україні при вродженій клишоногості?
6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при вродженій клишоногості?
5. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при вродженій клишоногості?
6. Які види програм реабілітації застосовуються при вродженій клишоногості?
7. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при вродженій клишоногості?
8. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при вродженій клишоногості?
9. Які основні правила проведення медичної реабілітації при вродженій клишоногості?
10. Як призначаються фізичні чинники для реабілітації хворих при вродженій клишоногості?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.
3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.
4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.
5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.
6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.
7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.

2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>

3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>

4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>

Тема 4. Фізична терапія та ерготерапія при вродженій м'язовій кривошії

Тривалість викладання теми: 4 заняття, 8 академічних години.

Обґрунтування теми. Серед усіх форм кривошії найчастіше трапляється вроджена м'язова кривошия, яка після клишоногості та вродженого вивиху стегна посідає третє місце за частотою. Під вродженою м'язовою кривошиєю розуміють неправильне положення голови, що супроводжується її нахилом у хворий бік і поворотом у здоровий, зумовлене вкороченням одного з груднино-ключично-соскоподібних м'язів (дуже рідко двох).

На думку більшості авторів, вроджена м'язова кривошия виникає внаслідок вродженої вади розвитку груднино-ключично-соскоподібного м'яза. Травма, яка нерідко спостерігається під час родів, особливо при сидничному передлежанні, тільки ніби збільшує деформацію. Ступінь вираженості деформації знаходиться у прямій залежності від тяжкості недорозвитку м'язових волокон і ступеня заміщення м'язової тканини сполучною.

Основним елементом патогенезу вродженої м'язової кривошії є патологічні зміни груднино-ключично-соскоподібного м'яза, що ведуть до його фіброзного переродження. У патологічний процес, крім груднино-ключично-соскоподібного м'яза, може втягуватися також трапецієподібний та передній зубчастий м'язи. Груднино-ключично-соскоподібний м'яз являє собою трохи сплющений м'язовий тяж, що косо, спіралеподібно перетинає ділянку шиї від соскоподібного відростка до груднино-ключичного зчленування. М'яз починається двома голівками: латеральною – від груднинного кінця ключиці і медіальною – від передньої поверхні ручки груднини. Обидві голівки з'єднуються під гострим кутом таким чином, що пучки медіальної голівки розташовуються більш поверхнево. Утворене таким шляхом м'язове черевце спрямовується вгору і назад і прикріплюється до соскоподібного відростка скроневої кістки і верхньої каркової лінії. При фіксованій грудній клітці однобічне скорочення м'яза нахилиє голову у свою сторону, а обличчя при цьому повертається у протилежний бік;

при двобічному скороченні м'яза голова закидається назад і трохи висувається вперед; при фіксованій голові м'яз тягне вгору ключицю і груднину.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії.

Конкретні цілі:

а) знати:

– термінологічний апарат;

– основні методи та засоби фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії;

б) вміти:

– ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії;

– визначити основні принципи призначення фізичної реабілітації у хворих при вродженій м'язовій кривошії.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при вродженій м'язовій кривошії	60 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії	40 хв
Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії	60 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значенням при вродженій м'язовій кривошії	60 хв
Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при вродженій м'язовій кривошії	60 хв
Розгляд фізичних чинників та їх ролі в медичній реабілітації при вродженій м'язовій кривошії	60 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Перевірка знань пройденого матеріалу	Опитування студентів
2	Вступ. Поняття про вроджену кривошию	Ознайомлення з поняттям вродженої кривошії
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при вродженій м'язовій кривошії

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при вродженій м'язовій кривошії	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блоkad та призначенням фізичних чинників при вродженій м'язовій кривошії
5		Підведення підсумків заняття

Зміст

Під вродженою м'язовою кривошиєю розуміють неправильне положення голови, що супроводжується її нахилом у хворий бік і поворотом у здоровий, зумовлене вкороченням одного з груднино-ключично-соскоподібних м'язів (дуже рідко двох).

Вимушене неправильне положення голови спричиняє у віці 3–6 років помітну асиметрію і гемігіпоплазію лицьового черепа. У процес деформації втягаються усі кістки черепа, особливо нижня щелепа, утворюється так званий «сколіоз обличчя». На стороні ураження вертикальний розмір лицевої норми зменшується, а горизонтальний збільшується. При цьому всі лінії, подумки проведені горизонтально через парні точки обличчя, сходяться у просторі на хворій стороні, а ніс, рот, підборіддя знаходяться на кривій, зверненій опуклістю у здоровий бік (симптом Фелькера).

Корекцію деформації розпочинають одразу після її виявлення. Основним методом лікування в цей період є консервативний, що полягає в застосуванні лікувальної фізкультури, лікувального масажу, корекції положенням та фізіотерапії. Корекція положенням у цей період життя дитини є дуже важливим засобом фізичної реабілітації. Необхідно, по-перше, фіксацією дитини в правильному положенні розтягувати уражений м'яз, і, по-друге, не допустити переходу неправильного положення голови в патологічну звичку, коли дитина фіксує в підсвідомості це неправильне положення як правильне, що ще більше посилює деформацію в положенні на спині. Фіксацію в правильному положенні можна здійснювати спеціальними мішечками, наповненими піском або сіллю, причому фіксувати необхідно не лише голівку дитини, а й надпліччя на ураженій стороні (можуть використовуватися 2–3 мішечки); в положенні дитини на спині голівку вкладають в коригованому положенні на спеціальний ватно-марлевий круг («бублик») або складену в кілька разів товсту пелюшку, або (рідко) коригують ватно-марлевою пов'язкою, яку фіксують в ділянці пахвової западини зі здорової сторони; якщо дитина часто зригує, то на спину її класти не можна для запобігання інспірації мас, що відригуються. У цьому випадку її вкладають на бік, причому, якщо кладуть на хворий бік, то для розтягу ураженого м'яза під голову підкладають невеличку подушечку, а якщо на здоровий – то подушку не підкладають, і вкорочений м'яз розтягується під вагою голови дитини.

Лікувальна фізкультура є одним з основних методів фізичної реабілітації при цій патології. Починають її застосовувати одразу після виявлення деформації. Протягом перших 2–3 міс фізичні вправи носять повністю пасивний характер. Корируючу гімнастику доцільно виконувати по 5–7 хв при кожному перепеленанні дитини. Легкими плавними рухами проводять пасивну корекцію деформації шляхом повороту голови дитини у хворий бік, а потім легкого нахилу в здорову. Після кожного руху затримуються на декілька секунд в кінцевому положенні, фіксуючи його. Таким чином ніби виконують пасивні рухи в напрямках, протилежних деформації. У віці, коли дитина сама тримає голівку, необхідно вводити елементи активної гімнастики, прагнучи того, щоб дитина сама виконувала необхідні рухи під впливом різних зовнішніх подразників (іграшки, брязкальця, голос та дотик матері тощо). У віці після року, коли дитина може активно виконувати за вказівкою методиста фізичні вправи, лікувальна фізкультура застосовується у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики та занять з інструктором ЛФК, а також плавання. Основне завдання ЛФК в цей період полягає в коригуючому впливі на змінені м'язи – розтяг вкорочених та укріплення розтягнутих.

А.І. Шадріна рекомендує наступну методику масажу при вродженій м'язовій кривошії. Під час масажу пальці обох рук повинні лежати на груднино-ключично-соскоподібних м'язах. Масаж треба розпочинати зі здорового м'яза. Наприклад, при правобічній кривошії правою рукою II і III пальцями треба захопити напружений правий м'яз і тримати його так увесь час, доки масажується здоровий груднино-ключично-соскоподібний м'яз на лівій стороні. Виконується це для того, щоб зігріти шкіру, підсилити кровообіг в ураженому м'язі і зробити непомітним для дитини перехід з одного м'яза на інший. Масаж незміненого лівого груднино-ключично-соскоподібного м'яза виконують II, III і IV пальцями лівої руки легкими круговими рухами пальців у напрямку від вуха до ключиці, що здійснюється протягом 5 хв. При цьому не можна сильно тиснути на шийку дитини, тому що пальці натискають на м'яз, під яким проходить сонна артерія, але не можна і занадто «гладити шкіру» – це не зміцнить м'яз. Під час масажу лівого м'яза голівка дитини повинна бути повернена вліво, під час масажу правого – вправо. Цим досягається максимальне розслаблення м'яза. Масаж ураженого правого груднино-ключично-соскоподібного м'яза розпочинається з легкого погладжування цього м'яза, при цьому II палець сковзає вгору, а III – униз, потім навпаки, і так протягом 5 хв. Можна погладжувати м'яз подушечками пальців від вуха до ключиці. Напружений м'яз розминати або розтирати не можна. Перед проведенням масажу з 1–1,5-місячного віку застосовують теплові процедури у вигляді солюксу, сухої грілки (мішечок з теплим піском, кухонною сіллю, насінням льону тощо) температурою 40 °С на 10–15 хв. Для уникнення опіку шкіри необхідно перед прикладанням грілки до тіла дитини перевірити її, приклавши

до власної щоки. Курс застосування теплових процедур – 25–30 з перервою в 1 міс. Також можна застосовувати оліготермічні дози УВЧ, парафінові аплікації. З метою покращення еластичності рубцево зміненого м'язу та зменшення його контрактури застосовують електрофорез розчину йодиду калію (негативний електрод з прокладкою, змоченою розчином калію йодиду, вкладають на змінений м'яз, а позитивний – на задню поверхню шиї), а також лідази чи ронідази. Процедури виконують через день або щоденно, 25–30 сеансів на курс, повторний курс через 4–6 міс. Якщо консервативне лікування залишається неефективним, то у віці 3 років і більше виконують оперативну корекцію деформації. У післяопераційному періоді для відновлення повноцінної рухової активності м'язів шиї застосовують усі види фізичної реабілітації в об'ємі і в терміни, які залежать від виду оперативного втручання.

Ситуаційні задачі

1. У немовляти в пологовому будинку виявлена кривошия як наслідок післяпологової гематоми. Призначте термін, коли необхідно розпочати ФР. Які форми ФР застосовуються на початку ФР?

Відповідь. Починають фізичну реабілітацію одразу після виявлення деформації. Для вирішення поставлених завдань використовуються: лікування положенням, масаж, фізичні вправи, вправи у воді.

2. Хлопчик 8 років з діагнозом «вроджена кривошия» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте фізіотерапевтичне лікування.

Відповідь. Застосовують теплові процедури у вигляді солюксу, сухої грілки (мішечок з теплим піском, кухонною сіллю, насінням льону тощо) температурою 40 °С на 10–15 хв. Курс застосування теплових процедур – 25–30 з перервою в 1 міс. Також можна застосовувати оліготермічні дози УВЧ, парафінові аплікації. З метою покращання еластичності рубцево зміненого м'язу та зменшення його контрактури застосовують електрофорез розчину йодиду калію (негативний електрод з прокладкою, змоченою розчином калію йодиду, вкладають на змінений м'яз, а позитивний – на задню поверхню шиї), а також лідази чи ронідази. Процедури виконують через день або щоденно, 25–30 сеансів на курс, повторний курс через 4–6 міс.

3. Дівчина 10 років страждає на вроджену кривошию. Який основний метод лікування при корекції деформації.

Відповідь. Основним методом лікування в цей період є консервативний, що полягає в застосуванні лікувальної фізкультури, лікувального масажу, корекції положенням та фізіотерапії.

4. Дівчина 8 років страждає на вроджену кривошию. Які прийоми лікувального масажу застосовують при цій патології.

Відповідь. Масаж роблять дитині, яка лежить на спині, стоячи біля її узголів'я. Масажують уражені і здорові м'язи. При масажі хворого боку

голова трохи повернена в сторону ураження для досягнення найбільшого розслаблення м'язів. Прийоми виконують подушечками пальців в напрямку від вуха до ключиці. На ураженій стороні використовують прийоми погладжування, розтирання і безперервної вібрації, виконуючи їх м'яко, ніжно і пластично, не завдаючи дитині больових відчуттів. На здоровій стороні використовують ті самі прийоми, але додають розминання і переривчасту вібрацію. Прийоми виконуються інтенсивніше з метою зміцнення і підвищення тонусу даного м'яза.

5. Хлопчик 11 років страждає на вроджену кривошию. Які основні правила проведення медичної реабілітації при вродженій кривошії.

Відповідь. Лікувальна фізкультура є одним з основних методів фізичної реабілітації при цій патології. Починають її застосовувати одразу після виявлення деформації. Протягом перших 2–3 міс фізичні вправи носять повністю пасивний характер. Коригуючу гімнастику доцільно виконувати по 5–7 хв при кожному перепеленанні дитини. Легкими плавними рухами проводять пасивну корекцію деформації шляхом повороту голови дитини в хвору сторону, а потім легкого нахилу в здорову. Після кожного руху затримуються на декілька секунд в кінцевому положенні, фіксуючи його. Таким чином ніби виконують пасивні рухи в напрямках, протилежних деформації. У віці, коли дитина сама тримає голівку, необхідно вводити елементи активної гімнастики, прагнучи того, щоб дитина сама виконувала необхідні рухи під впливом різних зовнішніх подразників (іграшки, брязкальця, голос та дотик матері тощо). У віці після року, коли дитина може активно виконувати за вказівкою методиста фізичні вправи, лікувальна фізкультура застосовується у вигляді ранкової гігієнічної гімнастики та занять з інструктором ЛФК, а також плавання.

Контрольні питання

1. Що являє собою захворювання «вроджена кривошия»?
2. Які патогенетичні особливості виникнення вродженої кривошії?
3. Який процес являє собою вроджена кривошия?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при вродженій кривошії?
5. Яка класифікація прийнята в Україні вродженої кривошії?
6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при вродженій кривошії?
7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при вродженій кривошії?
8. Які види програм реабілітації застосовуються при вродженій кривошії?
9. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при вродженій кривошії?
10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при вродженій кривошії?

11. Які основні правила проведення медичної реабілітації при вродженій кривошії?

12. Як призначаються фізичні чинники для реабілітації хворих при вродженій кривошії?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.

2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.

3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.

4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.

5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.

6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.

7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.

2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВМНЗ ІV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>

3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>

4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>

Тема 5. Фізична терапія та ерготерапія при артритах

Тривалість викладання теми: 4 заняття, 8 академічних години.

Обґрунтування теми. Артрит – запалення суглоба, яке виникає внаслідок впливу багатьох причин і супроводжується припухлістю суглоба, вираженим болем, втратою рухливості, що призводить не лише до втрати працездатності, але й до інвалідності. Раніше вважалося, що виникнення артриту характерно для людей похилого віку, після 40 років. Однак сьогодні ми бачимо появу цього захворювання не лише в старечому віці, але й у юнацькому і дитячому.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при артритах.

Конкретні цілі (знати, вміти):

а) знати:

- термінологічний апарат;
- основні методи та засоби фізичної реабілітації при артритах;

б) вміти:

- ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при артритах;
- визначити основні принципи призначення фізичної реабілітації у хворих при артритах.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при артритах	60 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації при артритах	40 хв
Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації при артритах	60 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значенням при артритах	60 хв
Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при артритах	60 хв
Розгляд фізичних чинників та їх ролі в медичній реабілітації при артритах	60 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Перевірка знань пройденого матеріалу	Опитування студентів.
2	Вступ. Поняття про артрити	Ознайомлення з поняттям артритів
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при артритах	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при артритах
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при артритах	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блокад та призначенням фізичних чинників при артритах
5		Підведення підсумків заняття

Зміст

Артрити (від грец. *árrhron* – суглоб) – це захворювання суглобів, причиною яких може бути інфекційне, автоімунне захворювання, порушення живлення власне суглоба тощо.

Характерними спільними ознаками артритів є біль, порушення функції суглоба, набряк навколо суглоба, почервоніння шкіри, підвищення місцевої температури (температура шкіри над суглобом) чи загальної температури.

Ревматоїдний артрит – хронічне симетричне ушкодження суглобів, причиною якого завжди є запальний процес в організмі. Ревматоїдний артрит уражає не один суглоб, а завжди багато суглобів. Характерними для ревматоїдного артрити є наявність в організмі хронічних імунних процесів, тобто захворювання організму в цілому.

Лікування ревматоїдного поліартриту включає наступні препарати та методи:

1. Препарати золота.
2. Засоби, що впливають на імунну систему.
3. Гормональні препарати.
4. Нестероїдні протизапальні препарати.
5. Фізіотерапевтичні процедури.
6. Бальнеотерапія (лікування за допомогою мінеральних вод).
7. Психотерапія.
8. Хірургічне лікування.

Хвороба Бехтерева (анкілозуючий спондилоартрит) – це хронічне запалення суглобів та навколосуглобових м'яких тканин хребта. Хвороба може передаватися генетично.

Лікування анкілозуючого спондилоартриту включає: протизапальні препарати, гормональні препарати, імунодепресанти, фізіотерапевтичні препарати, санаторно-курортне лікування.

Ревматизм – це тяжке захворювання, яке розвивається за декілька тижнів після перенесеного бактеріального захворювання (наприклад, ангіни) і характеризується ураженням сполучної тканини серця і суглобів (ревматичний поліартрит). При цьому в суглобах відбувається запалення синовіальної оболонки, яка покриває внутрішню поверхню суглоба. Для виникнення ревматизму в організмі людини обов'язково має бути будь-яке порушення в цілісності імунної системи.

У лікуванні ревматичного поліартриту застосовують: протимікробні препарати протизапальні препарати та фізіотерапевтичні процедури.

Основні принципи ЛФК при артриті.

Спеціальна лікувальна фізкультура повинна стати обов'язковим методом, якщо проводиться лікування гоніту. Дотримання таких простих правил ЛФК при хвороби коліна сприятливо впливає на більш швидке одужання і полегшує процес боротьби з хворобою.

Для кожної ноги слід проробляти вправу близько 10 разів. Початкове положення – зручно влаштувавшись на стільці. Кожним коліном необхідно проробляти коливальні рухи, при цьому по черзі слід фіксувати ногу в піднятому положенні, розташовуючи її паралельно підлозі.

Початкове положення – лежачи на спині, ноги слід зігнути в коліні. По черзі слід згинати й розгинати кожну ногу, притискаючи її до тіла. Така вправа дуже сильно нагадує їзду на велосипеді.

Залишатися в тому ж положенні, тільки ноги розпрямити. По черзі слід виконувати згинання в коліні, при цьому слід намагатися повинна максимально доторкнутися п'ятою до сідниць. Для кожної ноги слід виконувати 5–7 повторень.

Наступне положення – розташуватися сидячи на підлозі, ноги прямі. Слід проробляти нахили тулуба максимально вперед, намагаючись захопити стопи, ноги повинні залишатися виключно прямими.

Початкове положення – гомілка впирається в коліна. По черзі слід згинати ногу. Зігнуту ногу треба захопити руками, а потім намагатися випрямити. У такому положенні необхідно затриматися кілька секунд.

Це не всі вправи, які можна виконувати при артриті колінного суглоба. Скласти правильний комплекс ЛФК має допомогти лікар. Він зможе реально оцінити можливості пацієнта і запропонує вправи, які принесуть реальну користь у боротьбі з хворобою. Варто відзначити, що якщо деякі вправи спричиняють сильний біль, то перший час від них краще відмовитися, а додавати їх в комплекс поступово.

Гімнастика Бубновського

Суглобова гімнастика Бубновського допомагає при лікуванні багатьох захворювань, а також дає можливість обходитися без лікарських засобів. Такий ефект досягається завдяки впливу на певні резерви організму. Бубновський представив комплекс вправ, що підходить усім людям незалежно від їх віку, статі та комплекції. Сьогодні представлено окремі впра-

ви для вагітних жінок і літніх людей. Також розроблений спеціальний комплекс, який допомагає впоратися з такими проблемами і немовлятам. Фізкультура за методом Бубновського абсолютно безпечна. Але при виконанні вправ цього комплексу варто прислухатися до відчуттів свого тіла і повідомляти інструктору. Гімнастика не містить вправ різкого і складного характеру, оскільки не має на меті наростити м'язову масу.

Ситуаційні задачі

1. Чоловік 50 років з діагнозом «ревматоїдний артрит». Які основні препарати та методи призначають при ревматоїдному артриті?

Відповідь. Лікування ревматоїдного поліартриту включає наступні препарати та методи:

1. Препарати золота.
2. Засоби, що впливають на імунну систему.
3. Гормональні препарати.
4. Нестероїдні протизапальні препарати.
5. Фізіотерапевтичні процедури.
6. Бальнеотерапія (лікування за допомогою мінеральних вод).
7. Психотерапія.
8. Хірургічне лікування.

2. Чоловік 38 років з діагнозом «хвороба Бехтерева» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте лікування цьому пацієнту.

Відповідь. Лікування анкілозуючого спондилоартриту включає: протизапальні препарати, гормональні препарати, імунодепресанти, фізіотерапевтичні препарати, санаторно-курортне лікування.

3. Жінка 52 років страждає на ревматизм. Які основні методи лікування для цієї патології.

Відповідь. У лікуванні ревматичного поліартриту застосовують: проти-мікробні препарати, протизапальні препарати та фізіотерапевтичні процедури.

4. Жінка 58 років страждає на ревматоїдний артрит, перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Які основні принципи ЛФК при артритах в умовах стаціонару.

Відповідь. Застосовуються пасивні вправи для хворих суглобів. Вони не повинні супроводжуватися болючістю і вираженою захисною реакцією у вигляді рефлекторного напруження м'язів. Пасивним рухам повинен передувати лікувальний масаж для розслаблення м'язів. Дозування пасивних вправ – 4–6 разів з подальшою паузою відпочинку для розслаблення м'язів. Крім пасивних вправ застосовуються активні для здорових кінцівок. Тривалість занять лікувальною гімнастикою – 25–30 хв.

5. Чоловік 52 років страждає на ревматоїдний артрит, перебуває на лікуванні в умовах санаторію. Які основні принципи ЛФК при артритах в умовах санаторію

Відповідь. Застосовують активні і пасивні вправи, а також пасивні вправи за допомогою здорової кінцівки для збільшення амплітуди рухів, вправи з приладами (драбинка для розробки рухів у суглобах пальців, паляці, булави, гантелі – 0,5 кг), використовують тренажери і гімнастичну стінку. Застосовують вправи у вигляді розгойдування для розробки променево-зап'ясткових, ліктьових, плечових, колінних і тазостегнових суглобів. Заняття лікувальною гімнастикою проводяться в повільному або середньому темпі. Повторення вправ – 12–14 разів, тривалість занять – 35–40 хв. Перед виконанням вправ проводиться лікувальний масаж, застосовуються фізіотерапевтичні процедури (УФО, парафінові апплікації, озокерит).

Контрольні питання

1. Що являють собою артрити?
2. Які патогенетичні особливості виникнення артритів?
3. Який процес являють собою артрити?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при артритах?
5. Яка класифікація артритів прийнята в Україні?
6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при артритах?
7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при артритах?
8. Які види програм реабілітації застосовуються при артритах?
9. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при артритах?
10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при артритах?
11. Які основні правила проведення медичної реабілітації при артритах?
12. Як визначаються фізичні чинники для реабілітації хворих при артритах?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.
3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.

4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.

5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.

6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.

7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.

2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>

3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>

4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>

Тема 6. Фізична терапія та ерготерапія при остеоартрозах

Тривалість викладання теми: 3 заняття, 6 академічних години.

Обґрунтування теми. Остеоартроз (ОА) – супутник старіння людини. Старіння організму людини розпочинається з 40–50-річного віку. Процес старіння людини – фізіологічний, однак він супроводжується наростаючими з віком порушеннями структури та функції багатьох органів і систем організму. Відомо, що старість – не хвороба і не діагноз, однак вона сприяє розвитку багатьох захворювань. ОА – найчастіше захворювання суглобів, яке спостерігається у людей віком старше 40 років. Майже кожний другий хворий з патологією внутрішніх органів має справу з ОА у зрілому та похилому віці. На ОА в США хворіють понад 20 млн людей. В Англії, Швеції та Голландії ОА кульшових суглобів III та IV стадії діагностують у 8,4 % жінок та у 3,1 % чоловіків. ОА (остеоартрит) – хронічне захворювання суглобів дегенеративно-запального характеру, яке характеризується ураженням хрящів, ремоделюванням епіфізів кісток, розвитком остеофітів, а в пізніх стадіях – стійкою деформацією суглобів.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при остеоартрозах.

Конкретні цілі (знати, вміти):

а) знати:

– термінологічний апарат;

– основні методи та засоби фізичної реабілітації при остеоартрозах;

б) вміти:

– ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при остеоартрозах;

– визначити основні принципи призначення фізичної реабілітації у хворих при остеоартрозах.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при остеоартрозах	40 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації при остеоартрозах	40 хв
Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації при остеоартрозах	45 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значення при остеоартрозах	45 хв
Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при остеоартрозах	40 хв
Розгляд фізичних чинників та їх роль у медичній реабілітації при остеоартрозах	40 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Перевірка знань пройденого матеріалу	Опитування студентів
2	Вступ. Поняття про остеоартрози	Ознайомлення з поняттям остеоартрозів
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при остеоартрозах	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при остеоартрозах
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при остеоартрозах	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блоkad та призначенням фізичних чинників при остеоартрозах
5		Підведення підсумків заняття

Зміст

Основною причиною виникнення і розвитку остеоартрозу є порушення відношень між механічними навантаженнями на суглобову поверхню хряща та можливістю компенсації цього навантаження.

Фізичні вправи при остеоартрозах сприяють зменшенню вираженості болю та збереженню функціональної активності суглобів. Таким пацієнтам корисна їзда на велосипеді, плавання та пішохідні прогулянки. Біг та підйом по драбині не бажані. При остеопорозі з ураженням колінних суглобів використовують вправи для укріплення м'язів стегна, що призводить до достовірного зменшення вираженості болю. Хворі мають зберігати нормальну масу тіла з позиції механічного розвантаження суглобів, а також профілактики серцево-судинних захворювань.

Вправи при остеоартрозі

При остеоартрозі плечового, колінного суглоба або суглобів хребта рекомендують виконувати наступну добірку досить простих і щадних, але разом з тим ефективних вправ:

1. Вихідне положення – лежачи на спині на підлозі, ноги зігнуті в колінах, ступні притиснуті до підлоги. Повільно підняти одну ногу, не розгинаючи її, і підвести коліно до грудей, зафіксуватися на п'ять секунд, так само повільно повернутися у вихідну позицію. Виконувати по 10 разів кожною ногою.

2. Вихідне положення – лежачи на спині на підлозі, ноги витягнуті. Повільно згинати ногу в коліні у напрямку до тулуба, ступню при цьому не відривати від підлоги. Повторити кожною ногою по 15 разів.

3. Вихідна позиція та ж. Повільно підняти вгору одну витягнуту ногу на висоту приблизно 30 см, зафіксувати, повільно опустити знову на підлогу. Повторити кожною ногою по 10 разів, поступово збільшуючи кількість до 30.

4. Сісти на стілець, спину випрямити. Махати ногами вперед і назад кілька хвилин.

5. Вихідне положення те саме. Нogu повільно піднімати, поки вона не буде паралельна підлозі, носок при цьому тягнути на себе. Затриматися на кілька секунд і повільно опустити ногу на підлогу. Повторити кожною ногою по 15 разів.

Профілактика остеоартрозу розроблена недостатньо. У дитячому віці проводиться рання діагностика дисплазії кульшових суглобів та корекція цієї патології, закріплення правильної пози за шкільною партою з метою усунення сколіозу, носіння супінаторів при виявленні симптомів плоскостопості, ортопедична корекція вроджених чи набутих вад стативи і постави. Слід рекомендувати особам віком старше 40 років стежити за масою тіла, під час роботи уникати фіксованих поз, не допускати перевантаження суглобів, займатися фізкультурою. Необхідно радити проводити загальнозміцнювальні заходи, спрямовані на покращання загального кровопостачання і поліпшення обміну речовин.

Ситуаційні задачі

1. Чоловік 50 років з діагнозом «остеоартроз з ураженням колінних суглобів». Які основні фізичні вправи та методи призначають при остеоартрозі?

Відповідь. Фізичні вправи при остеоартрозах сприяють зменшенню вираженості болю та збереженню функціональної активності суглобів. Таким пацієнтам корисна їзда на велосипеді, плавання та пішохідні прогулянки. При остеоартрозі з ураженням колінних суглобів використовують вправи для укріплення м'язів стегна, що призводить до достовірного зменшення вираженості болю. Хворі мають зберігати нормальну масу тіла з позиції механічного розвантаження суглобів, а також профілактики серцево-судинних захворювань.

2. Чоловік 38 років з діагнозом «остеоартроз плечового суглоба» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте фізичні вправи цьому пацієнту.

Відповідь. При остеоартрозі плечового суглоба рекомендується виконувати наступну добірку досить простих і щадних, але разом з тим ефективних вправ:

1. В. п. – лежачи на спині на підлозі, ноги зігнуті в колінах, ступні притиснуті до підлоги. Повільно підняти одну ногу, не розгинаючи її, і підвести коліно до грудей, зафіксуватися на п'ять секунд, так само повільно повернутися у вихідну позицію. Виконувати по 10 разів кожною ногою.

2. В. п. – лежачи на спині на підлозі, ноги витягнуті. Повільно згинати ногу в коліні у напрямку до тулуба, ступню при цьому не відривати від підлоги. Повторити кожною ногою по 15 разів.

3. В. п. – те саме. Повільно підняти вгору одну витягнуту ногу на висоту приблизно 30 см, зафіксувати, повільно опустити знову на підлогу. Повторити кожною ногою по 10 разів, поступово збільшуючи кількість до 30.

3. Жінка 52 років страждає на остеоартроз колінного суглоба. Призначте фізичні вправи цьому пацієнту.

Відповідь. При остеоартрозі колінного суглоба рекомендується виконувати наступну добірку досить простих і щадних, але разом з тим ефективних вправ:

1. Сісти на стілець, спину випрямити. Махати ногами вперед і назад кілька хвилин.

2. В. п. – те саме. Нogu повільно піднімати, поки вона не буде паралельна підлозі, носок при цьому тягнути на себе. Затриматися на кілька секунд і повільно опустити ногу на підлогу. Повторити кожною ногою по 15 разів.

4. Жінка 58 років страждає на остеоартроз суглобів хребта, перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Які основні принципи ЛФК при остеоартрозі суглобів хребта.

Відповідь. Немедикаментозна терапія

1. Навчання пацієнта. 2. Дієта з метою зниження маси тіла у хворих із ожирінням або надмірною вагою. 3. Фізіотерапія, головним чином кінезотерапія з метою збереження діапазону рухів у суглобі та м'язової сили; може також зменшити вираженість болю. 4. Ортопедичні засоби: палиця, милиці, корекційні устілки для взуття, коректори осі кінцівки, стабілізатори колінного суглоба (у тому числі також еластичне бандажування), зовнішня корекція позиції (медіалізація) колінної чашечки. 5. Хірургічне лікування: 1) артроскопічні втручання – не рекомендуються для рутинного застосування; можна розглянути доцільність їх проведення виключно у випадках із наявними механічними симптомами, такими, як раптове або рецидивуюче погіршення мобільності суглоба або «заклинення» суглоба; 2) алопластика суглоба – імплантація штучного суглобу є основним методом лікування резистентного болю або значного ступеня рухових порушень при ДОО кульшового або колінного суглоба; значно покращує якість життя; 3) пателектомія, остеотомія, коригуючі вісь кінцівки, артродез (знерухомлення суглоба) – на цей час застосовуються рідко.

5. Чоловік 52 років страждає на остеоартроз кульшового суглоба (коксартроз), знаходиться на лікуванні в ортопедичному відділенні. Які основні клінічні прояви остеоартрозу кульшового суглоба.

Відповідь. Біль може відчуватись у кожній ділянці стегна, але частіше спереду, у пахвині та коліні; зазвичай не іррадіює до сідниць та інших тканин, розташованих вище суглоба. У багатьох хворих співіснує біль у ділянці клубового гребеня, однак його причиною зазвичай є неpravильне навантаження на хребет. Обмеження мобільності рухів розвивається швидко; в першу чергу обмежується рух внутрішньої ротації і рух надмірного розгинання. Вторинно може виникати запалення місць прикріплення сідничних м'язів до великого вертлюга та бурсит вертлюжної сумки (біль бічної поверхні стегна), атрофія сідничних м'язів та відносно вкорочення кінцівки; вказані зміни частіше розвиваються на протилежній, перевантаженій стороні.

Контрольні питання

1. Що являють собою остеоартрози?
2. Які патогенетичні особливості виникнення остеоартрозу?
3. Який процес являють собою остеоартрози?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при остеоартрозі?
5. Яка класифікація остеоартрозу прийнята в Україні?

6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при остеоартрозі?
7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при остеоартрозі?
8. Які види програм реабілітації застосовуються при остеоартрозі?
9. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при остеоартрозі?
10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при остеоартрозах?
11. Які основні правила проведення медичної реабілітації при остеоартрозах?
12. Як призначаються фізичні чинники для реабілітації хворих при остеоартрозах?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.
3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.
4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.
5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.
6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.
7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.
2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВМНЗ ІV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>
2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>
3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>
4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>

Тема 7. Фізична терапія та ерготерапія при остеохондрозах

Тривалість викладання теми: 3 заняття, 6 академічних години.

Обґрунтування теми. Остеохондроз (від давньогрец. *ὀστέον* – кістка і *χόνδρος* – хрящ) – комплекс дистрофічних порушень у суглобових хрящах. Може розвиватися практично в будь-якому суглобі, але найчастіше – в міжхребцевих дисках. Залежно від локалізації виділяють шийний, грудний та поперековий остеохондроз. Слід зважити на те, що в англомовній медичній літературі терміном *osteochondrosis* визначають зовсім іншу групу ортопедичних захворювань, які українською мовою називаються остеохондропатіями.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при остеохондрозах

Конкретні цілі:

а) знати:

- термінологічний апарат;
- основні методи та засоби фізичної реабілітації при остеохондрозах;

б) вміти:

- ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при остеохондрозах;
- визначити основні принципи призначення фізичної реабілітації у хворих при остеохондрозах.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при остеохондрозах	40 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації при остеохондрозах	40 хв
Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації при остеохондрозах	45 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значення при остеохондрозах	45 хв
Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при остеохондрозах	40 хв
Розгляд фізичних чинників та їх роль у медичній реабілітації при остеохондрозах	40 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Перевірка знань пройденого матеріалу	Опитування студентів
2	Вступ. Поняття про остеохондрози.	Ознайомлення з поняттям остеохондрозу
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при остеохондрозах	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при остеохондрозах
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при остеохондрозах	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блоkad та призначенням фізичних чинників при остеохондрозах
5		Підведення підсумків заняття

Зміст

Остеохондроз – дистрофічні порушення в суглобових хрящах. Розвивається фактично в будь-яких суглобах, але найбільше до ураження схильні міжхребцеві диски. Остеохондроз може бути кожного відділу хребта: шийного, грудного і поперекового.

У лікуванні і профілактиці остеохондрозу ключову роль відіграють заняття особливою лікувальною фізкультурою. Щоб приступити до таких занять, для початку необхідно проконсультуватися з лікарем ЛФК, ортопедом-травматологом, невропатологом. Лікувальною фізкультурою можна займатися в будь-який час. Корисніше робити вправи вранці, відразу після сну, потім здійснити всі ранкові процедури і продовжити робити вправи за написаним лікарем графіком. Під час виконання вправ одяг не повинен обмежувати рухів. Найкраще надягати особливий тренувальний костюм з натуральних матеріалів.

Правила виконання ЛФК: вправи робити щодня; робити все старанно, не поспішаючи, мимовільно не спотворюючи форму, інтенсивність і швидкість зроблених вправ; не можна затримувати дихання при виконанні вправ.

Виконання вправ

Багато вправ трудомісткі, тому часто при їх виконанні у хворих з'являються певні неприємності. Надлишок навантаження може призвести до порушення механізмів у хребті. Цілий комплекс вправ розділений на стадії, кожна наступна з яких вимагає більше фізичних витрат, ніж попередня. Тому перед початком занять з'ясовують рівень фізичної підготовки хворого. Також перед початком вправ необхідно з'ясувати рівень витрива-

лості хребта. Цілий комплекс вправ складений так, щоб впливати відразу на всі потрібні групи м'язів.

Комплекс вправ при остеохондрозі

1-а стадія:

– Положення: стоячи рачки, спираючись на долоні і коліна. Голову підняти, потроху прогнути спину, голову опустити, спину вигнути. Повторювати 4 рази.

– Положення: руки за головою, лежачи на спині, ноги в колінах напівзігнуті. Покласти ноги направо від тулуба на підлогу, лопатками торкнутися підлоги. Зробити кілька разів, потім поміняти положення ніг і повторити. Повторювати по 10 разів з навантаженням на кожную сторону.

– Положення: лежачи на спині. Носки ніг потягнути на себе, тримати кілька секунд, розслабити.

2-а стадія:

– Вихідне положення: лежачи на спині, руки вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінах. Спіраючись на плечі, стопи і лопатки, таз підняти, потім опустити. Повторювати кілька разів.

– Положення: лежачи на спині, ноги трохи зігнуті, руки на підлозі. Ноги покласти на підлогу від тулуба направо, одночасно повернувши вліво верхню частину тулуба і голову. Зробити кілька таких поворотів. Після ноги направити вліво, а голову і тулуб повернути вправо, повторити кілька разів.

– Вихідне положення: лежачи на боці. Ногу зігнуті в тазостегновому суглобі і в коліні, притиснути до живота стегно. Повторювати по кілька разів з кожною ногою.

– Положення: стоячи рачки, спираючись на долоні і коліна. Уявити планку і пролізти під нею. Повторити 10 разів.

3-я стадія:

– Вихідне положення: руки уздовж тулуба, лежачи на спині. Ногу зігнуті в тазостегновому суглобі і коліні, притиснути стегно до живота. Повторити обома ногами кілька разів.

– Положення: сидючи на підлозі, руки на колінах, спина пряма. Тулуб нахилити назад до появи напруги в м'язах живота, триматися в цьому положенні до 10 секунд. Повторювати пару раз.

– Положення: лежачи на правому боці, права рука притримує голову, спираючись на лікоть, права нога трохи зігнута. Підніміть випрямлену ліву ногу якнайвище і опустіть. Потім знову підніміть ногу. Повторювати по кілька разів з кожною ногою.

– Положення: спираючись на долоні і коліна стояти «рачки». По черзі піднімати прямі витягнуті ноги. Повторити 5 разів.

– Вихідне положення: лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Руками обхопити ноги, пригорнути до грудей, покататися на спині і повернутися в початкове положення. Повторювати кілька разів.

4-а стадія:

– Вихідне положення: сидючи на ногах, зігнутих у колінах, руки вгорі зчеплені в замок. Встати на коліна, потім сідати на підлогу, залишаючи п'яти спочатку праворуч, пізніше зліва від сідниць.

– Стоячи «рачки», спираючись на долоні і коліна. Одночасно піднімати протилежну руку і ногу.

– Лежачи на спині. Підняти одну ногу і зафіксувати, пізніше також другу. Опустити спочатку одну ногу, потім другу.

Добрим профілактичним заходом є відвідування басейну 2–3 рази на тиждень. У домашніх умовах позитивний ефект надає щоденне проведення 200 присідань, які слід розподілити на день. Цього буде достатньо для профілактики і поліпшення кровообігу.

Досить спірний метод комплексної терапії лікування остеохондрозу спини – носіння жорсткого фіксуючого корсета. Під час нападів захворювання можна носити м'які вовняні пояси для природного зігрівання хворої зони. Але не забувайте, гріти поперек під час болів грілками та іншими зовнішніми джерелами тепла категорично забороняється.

ЛФК при остеохондрозі поперекового відділу застосовується практично завжди. Комплекси складаються з вправ на зміцнення м'язів спини і їх розтягання. Продуктивність і результативність занять фізичною культурою складається з їхньої регулярності, правильності виконання вправ і бажання пацієнта домогтися поставленої мети. Займатися потрібно регулярно, але не можна перепрацьовувати. Якщо якусь вправу виконувати занадто важко або ж при її виконанні з'являється дискомфорт, необхідно припинити заняття.

У наші дні діагноз «остеохондроз попереково-крижового відділу хребта» іноді лікують вельми екзотичними способами. Це і незвичайні види масажу, і китайське голковколвання і ряд інших процедур, проводити які рекомендується виключно у відповідних клініках з хорошою репутацією. Деякі апаратні методи офіційної медицини також можуть допомогти при остеохондрозі – це вакуумний масаж, постановка п'явок та інші класичні методи нормалізації кровообігу. Непогані результати дає і звичайне санаторно-курортне лікування. Особливо корисні при остеохондрозі різноманітні водні процедури. Якщо пацієнт може дозволити собі відпустку, починати лікування остеохондрозу поперекового відділу рекомендується в спеціалізованому санаторії або профілакторії.

Ситуаційні задачі

1. Чоловік 53 років з діагнозом «попереково-крижовий остеохондроз, гострий період». Які спеціальні вправи призначають при попереково-крижовому остеохондрозі.

Відповідь. Призначають вправи на розслаблення м'язів тулуба та кінцівок.

2. Чоловік 38 років з діагнозом нестабільності при попереково-крижовому остеохондрозі перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте фізичні вправи цьому пацієнту.

Відповідь. Статичні вправи для м'язів тулуба, тазового поясу, кінцівок.

3. Жінка 52 років страждає на попереково-крижовий остеохондроз. Як зміниться внутрішньодисковий тиск в ураженому диску.

Відповідь. Знижується в горизонтальному та підвищується майже вдвічі у вертикальному положенні тіла.

4. Жінка 58 років страждає на грудний остеохондроз і перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Для якого відділу хребта призначають вправи на розгинання.

Відповідь. Призначають для грудного відділу, виключаючи розгинання в шийному та поперековому відділах.

5. Чоловік 52 років страждає на попереково-крижовий остеохондроз і перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Починаючи з якого періоду призначають лікувальну гімнастику.

Відповідь. Починаючи з гострого періоду захворювання.

Контрольні питання

1. Що являють собою остеохондрози?
2. Які патогенетичні особливості виникнення остеохондрозів?
3. Який процес являють собою остеохондрози?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при остеохондрозі?
5. Яка класифікація остеохондрозу прийнята в Україні?
6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при остеохондрозі?
7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при остеохондрозі?
8. Які види програм реабілітації застосовуються при остеохондрозі?
9. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при остеохондрозі?
10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при остеохондрозах?
11. Які основні правила проведення медичної реабілітації при остеохондрозах?
12. Як визначаються фізичні чинники для реабілітації хворих при остеохондрозах?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Марунич В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Марунич, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.
3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Марунича. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.
4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.
5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.
6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.
7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.
2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВМНЗ ІV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>
2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>
3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpf.org/>
4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>
5. <http://suglob.com/osteohondroz/poperekovogo-viddiluhrebta#ixzz5EdU71HNO>

Тема 8. Фізична терапія та ерготерапія при остеохондропатіях

Тривалість викладання теми: 3 заняття, 6 академічних години.

Обґрунтування теми. Остеохондропатія (osteochondropathia; грец. *Osteon* – кістка + *chondros* – хрящ + *pathos* – страждання, хвороба) – група захворювань, що характеризуються своєрідною зміною апофізів коротких і епіфізів довгих трубчастих кісток, кісток кисті і стопи, енхондрально осифікуються, хребта, рідше інших зростаючих кісткових структур. Остеохондропатія спостерігається переважно в дитячому та юнацькому віці. Вважається, що у зв'язку з емболією або тромбозом судин кістки розвивається її асептичний некроз. Некротизовані кісткові перекладини втрачають міцність і пошкоджуються навіть при найменшому навантаженні. Надалі наростає деформація епіфізів і апофізов кісток, спостерігається болючість суглобів, порушення їх функції, конфігурації або конгруентності суглобових поверхонь, що в кінцевому підсумку призводить до розвитку деформуючого артрозу. Можлива спадкова схильність до остеохондропатії, мають значення пороки розвитку судинної мережі кісткової тканини, зміни гормонального фону, різних видів обміну речовин, регуляції кровотоку і нервової трофіки. Факторами для розвитку асептичного некрозу кістки є хронічні мікротравми, тривале вимушене нефізіологічне положення кінцівок або хребта в ході професійної, спортивної діяльності або лікувальних заходів.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при остеохондропатіях

Конкретні цілі (знати, вміти):

- а) знати:
 - термінологічний апарат;
 - основні методи та засоби фізичної реабілітації при остеохондропатіях;
- б) вміти:
 - ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при остеохондропатіях;
 - визначити основні принципи призначення фізичної реабілітації у хворих при остеохондропатіях.

Графологічна структура теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при остеохондропатіях	40 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації при остеохондропатіях	40 хв

Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації при остеохондропатіях	45 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значенням при остеохондропатіях	45 хв
Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при остеохондропатіях	40 хв
Розгляд фізичних чинників та їх ролі в медичній реабілітації при остеохондропатіях	40 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Перевірка знань пройденого матеріалу	Опитування студентів
2	Вступ. Поняття про остеохондропатії	Ознайомлення з поняттям остеохондропатії
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при остеохондропатіях	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при остеохондропатіях
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при остеохондропатіях	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блоkad та призначенням фізичних чинників при остеохондропатіях
5	.	Підведення підсумків заняття

Зміст

Остеохондропатія, або хондропатія, – це збірне поняття групи захворювань, які супроводжуються руйнуванням губчастої тканини кісток в ділянках їх росту, що призводить також до пошкодження хряща.

Остеохондропатія голівки стегнової кістки (хвороба Легга–Кальве–Пертеса). Некроз локалізується в голівці стегнової кістки. Від навантаження під час ходьби головка сплющується (імпресійний перелом), потім фрагментується на окремі куски, а далі поступово відновлюється. Якщо не проводилось раціональне лікування, то утворюється деформація голівки, яка в подальшому призводить до розвитку тяжкого деформуючого коксартрозу.

Лікування. Дітей найкраще помістити у спеціальні санаторні заклади, де, крім лікування, вони проходять навчання за шкільною програмою. Курс лікування – 2–3 роки. Призначають постільний режим (до 2 років), розвантаження суглоба, фізіотерапію, лікувальні грязі, озокерит, лікувальну гімнастику. Застосовують і хірургічне лікування – тунелізацію стегнової шийки з введенням у кістково-мозковий канал кісткового трансплантата або м'яза на судинній ніжці.

Остеохондропатія горбистості великогомілкової кістки (хвороба Осгуда–Шлягтера). Найчастіше хворіють особи чоловічої статі віком 13–18 років.

Клініка. Хворі скаржаться на втомлюваність і біль у ділянці горбистості великогомілкової кістки, де при обстеженні виявляють припухлість, місцеву болючість. Слід обмежити навантаження на кінцівку, в гострих випадках хворих госпіталізують. Застосовують симптоматичні, фізіотерапевтичні, грязебальнеологічні методи лікування. Хірургічне лікування використовують дуже рідко.

Остеохондропатія апофізів хребців, або юнацький кіфоз (хвороба Шойермана–Мау). Типовим є початок захворювання у підлітковому віці (12–17 років), учетверо частіше хворіють хлопці. Переважно уражаються хребці середньо- та нижньогрудного відділів хребта.

Лікування. Хворі повинні більшу частину дня перебувати в ліжку з дерев'яним щитом у положенні лежачи на спині, при тяжких формах захворювання – в гіпсовому ліжечку. Показані лікувальна гімнастика для м'язів хребта та черевного пресу, масаж, фізіо- та бальнеотерапія. Найкраще таке лікування проводити у спеціальних закладах санаторно-курортного типу.

Остеохондропатія півмісяцевої кістки зап'ястка (хвороба Кінбека) – це відносно розповсюджена остеохондропатія. Хворіють здебільшого чоловіки віком 16–30 років. Права кінцівка уражається значно частіше.

Лікування. Тривала іммобілізація, фізіотерапія. За неефективності консервативного лікування застосовують хірургічне – видалення півмісяцевої кістки.

Остеохондропатія човноподібної кістки стопи (хвороба Келера I). Трапляється у дітей та дорослих, триває 1,5–2 років.

Лікування. Тривала іммобілізація в гіпсовому чобітку. При раціональному лікуванні настає відновлення функції і навіть форми кістки.

Остеохондропатія голівок плеснових кісток (хвороба Келера II). Частіше хворіють жінки віком 13–20 років. Переважно уражаються голівки II та III метатарзальних (плеснових) кісток.

Лікування. Іммобілізація і розвантаження стопи приводять до повного чи часткового відновлення структури голівок плеснових кісток, лише у крайніх випадках може бути застосована резекція кістки.

Альтернативою препаратом є фізіотерапія. Для зняття болю і запального процесу застосовується ультразвукова терапія, проводиться магнітотерапія з імпульсним магнітним полем, високотонна терапія. Для посилення регенерації кісткової і хрящової тканини ефективними є лазеротерапія та HILT-терапія. При розвитку атрофії м'язів використовується електротерапія зі стимулюючими струмами. В неактивній фазі проводиться альтернативно-хвильова терапія.

Показане застосування теплових процедур у вигляді лікування парафіном, озокеритом чи сольовими грілками. Теплолікування комбінується з екстремальним холодом: локальна кріотерапія добре знімає біль і значно посилює кровопостачання.

Проводиться також масаж спини або кінцівок, а також гідромасаж.

Ситуаційні задачі

1. Хлопчик 5 років з діагнозом «остеохондропатія голівки стегнової кістки». Яке лікування та реабілітацію ми призначаємо.

Відповідь. Дітей найкраще помістити у спеціальні санаторні заклади, де, крім лікування, вони проходять навчання за шкільною програмою. Курс лікування – 2–3 роки. Призначають постільний режим (до 2 років), розвантаження суглоба, фізіотерапію, лікувальні грязі, озокерит, лікувальну гімнастику. Застосовують і хірургічне лікування – тунелізацію стегнової шийки з введенням у кістково-мозковий канал кісткового трансплантата або м'яза на судинній ніжці.

2. Хлопчик 14 років з діагнозом «остеохондропатія горбистості великогомілкової кістки» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте лікування та фізичну реабілітацію.

Відповідь. Слід обмежити навантаження на кінцівку, в гострих випадках хворих госпіталізують. Застосовують симптоматичні, фізіотерапевтичні, грязебальнеологічні методи лікування.

3. Дівчина 15 років страждає на остеохондропатію апофізів хребців. Призначте фізичну реабілітацію.

Відповідь. Хворі повинні більшу частину дня перебувати в ліжку з дерев'яним щитом у положенні лежачи на спині, при тяжких формах захворювання – в гіпсовому ліжечку. Показані лікувальна гімнастика для м'язів хребта та червоного пресу, масаж, фізіо- та бальнеотерапія.

4. Дівчина 20 років страждає на остеохондропатію голівок плеснових кісток і знаходиться на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте лікування та фізичну реабілітацію.

Відповідь. Імобілізація і розвантаження стопи приводять до повного чи часткового відновлення структури головок плеснових кісток, лише у крайніх випадках може бути застосована резекція кістки. Альтернативою препаратом є фізіотерапія. Для зняття болю і запального процесу застосовується ультразвукова терапія, проводиться магнітотерапія з імпульсним магнітним полем, високотонова терапія. Для посилення регенерації кісткової і хрящової тканини ефективними є лазеротерапія та НІЛТ-терапія. При розвитку атрофії м'язів використовується електротерапія зі стимулюючими струмами. У неактивній фазі проводиться ударно-хвильова терапія.

5. Хлопчик 20 років страждає на остеохондропатію півмісяцевої кістки зап'ястка і знаходиться на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте лікування та фізичну реабілітацію.

Відповідь. Тривала іммобілізація, фізіотерапія. За неефективності консервативного лікування застосовують хірургічне – видалення півмісяцевої кістки.

Контрольні питання

1. Що являють собою остеохондропатії?
2. Які патогенетичні особливості виникнення остеохондропатій?
3. Який процес являють собою остеохондропатії?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при остеохондропатіях?
5. Яка класифікація остеохондропатій прийнята в Україні?
6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при остеохондропатіях?
7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при остеохондропатіях?
8. Які види програм реабілітації застосовуються при остеохондропатіях?
9. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при остеохондропатіях?
10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при остеохондропатіях?
11. Які основні правила проведення медичної реабілітації при остеохондропатіях?
12. Як призначаються фізичні чинники для реабілітації хворих при остеохондропатіях?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.
3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.
4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.

5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.

6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.

7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.

2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>

3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcppt.org/>

4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>

5. <http://suglob.com/osteohondroz/poperekovogo-viddiluhrebta#ixzz5EdU71HNO>

Тема 9. Фізична терапія та ерготерапія при остеопорозах

Тривалість викладання теми: 3 заняття, 6 академічних години.

Обґрунтування теми. Втрата кісткової маси (остеопороз) починає прогресувати у віці 30 років. Частіше хворіють жінки, особливо після менопаузи (45–55 років). Втрата кісткової маси посилюється в постменопаузальному періоді через брак естрогену, що призводить до ослаблення і крихкості кісток скелета. Це збільшує ризик перелому при фізичних навантаженнях або падіннях. Компресійні переломи тіл хребців у переважній більшості випадків супроводжуються локальним больовим синдромом, що не зникає при консервативній терапії. При цьому близько 70 % хворих через біль змінюють спосіб життя, обмежують елементарну побутову діяльність. Гострий больовий синдром, обумовлений переломом тіла хребця, триває не менше 4–6 тиж, повністю не регресує. У багатьох випадках ці переломи призводять до додаткових несприятливих наслідків – у пацієнтів часто розвиваються загострення хронічних захворювань, що істотно впливає на смертність. Переломи тіл хребців призводять до прогресуючого зниження росту, кіфозу, порушення постави, обумовлюючи постійний біль, який заважає повсякденній активності.

Мета заняття. Ознайомлення з можливостями фізичної реабілітації при остеопорозах.

Конкретні цілі (знати, вміти):

а) знати:

– термінологічний апарат;

– основні методи та засоби фізичної реабілітації при остеопорозах;

б) вміти:

– ознайомити з основними видами фізичної реабілітації при остеопорозах;

– визначити основні принципи призначення фізичної реабілітації у хворих при остеопорозах.

Графологічної структури теми

План заняття

Вступ	5 хв
Перевірка пройденого матеріалу	10 хв
Розгляд поняття про фізичну реабілітацію при остеопорозах	40 хв
Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до фізичної реабілітації при остеопорозах	40 хв
Розгляд методів та засобів фізичної реабілітації при остеопорозах	45 хв
Ознайомлення з лікувальною фізкультурою та її значення при остеопорозах	45 хв
Ознайомлення з лікувально-реабілітаційною програмою при остеопорозах	40 хв
Розгляд фізичних чинників та їх ролі в медичній реабілітації при остеопорозах	40 хв
Заключне слово викладача	5 хв

Навчально-матеріальне забезпечення: конспект лекції, підручники та навчальні посібники, нові дані з періодичних видань.

Технологічна карта проведення практичного заняття

№ з/п	Навчальний теоретичний матеріал	Методичні дії
1	Перевірка знань пройденого матеріалу	Опитування студентів
2	Вступ. Поняття про остеопороз	Ознайомлення з поняттям остеопороз
3	Показання та протипоказання до фізичної реабілітації при остеопорозі	Ознайомлення з показаннями та протипоказаннями до призначення фізичної реабілітації при остеопорозі
4	Методи та засоби фізичної реабілітації. Лікувальна фізкультура, лікувальні блокади, фізичні чинники при остеопорозі	Ознайомлення з правилами застосування методів та засобів реабілітації, лікувальної фізкультури, проведенням лікувальних блоkad та призначенням фізичних чинників при остеопорозі
5		Підведення підсумків заняття

Зміст

Остеопороз – це деструктивне системне захворювання, що уражає скелет людини. У міру розвитку патології знижується щільність кісткової тканини і відбувається порушення її структури. Збільшується крихкість кісток і зростає ризик переломів навіть при незначних фізичних навантаженнях. Найбільш частими травмами стають переломи променевої кістки, тіл хребців і шийки кульшового суглоба.

Лікувальна гімнастика при остеопорозі – найбільш ефективні вправи

Лікувальна фізкультура для вікової групи 50–60 років

Гімнастика – це основне лікування такого захворювання як остеопороз. Саме достатні фізичні навантаження (активний спосіб життя і правильне харчування) є як безвідмовною профілактикою, так і основним лікуванням цього захворювання. Основну увагу така гімнастика приділяє м'язам ший і спини. Саме навантаження на ці групи м'язів дозволяє прискорити обмін речовин в ділянці хребта, а значить – запобігти вивиманню мінералів з кісткової тканини. При цьому дуже важливим є акуратне виконання вправ – не повинно створюватися зайвого навантаження на м'язи, і потрібно убезпечити себе від можливих травм, які при цьому захворюванні можуть загрожувати переломами. Саме тому всі пропоновані вправи прості і безпечні, крім того, вони розбиті на окремі комплекси, кожен з яких призначений для окремої вікової групи.

Гімнастика для вікової групи 30–50 років

Вправи, що виконуються стоячи

Вправа виконується з положення стоячи, руки опущені уздовж тіла, ноги поставлені разом. Робимо вдих, плавно піднімаючи руки через сторони. На видиху опускаємо руки. Повторити вправу 3–5 разів.

Вихідне положення аналогічне. Кладемо руки за голову, потягуємося, піднімаючись на носки, після чого повертаємося у вихідне положення. Вправу повторити 3–5 разів.

Вихідне положення: ноги зігнуті в колінах, руки опущені вздовж тулуба, робимо упор на руки і стопи. Піднімаємо таз і утримується в такому положенні декілька секунд, після чого повертаємося у вихідне положення. Вправа повторити 8–10 разів.

Аналогічне вихідне положення. З напругою розводимо і зводимо коліна. Повторити 8–10 разів.

Початкове положення лежачи, маємо руки вздовж тіла. Починаємо по черзі вдавлюватися в підлогу спочатку потилицею, потім лопатками, далі – руками, попереком, сідницями, колінами, п'ятами. Вправу повторити 5–6 разів.

Аналогічне вихідне положення. Піднімаємо голову і плечі на 15–20 см і тягнемося підборіддям до живота. Після цього повертаємося у вихідне положення. Вправу повторити 3–5 разів.

З того ж вихідного положення піднімаємо випрямлену ногу на 15–20 см, відводимо її в сторону і повертаємо в початкове положення. Повторити для кожної ноги по 8–10 разів.

Вправи, що виконуються в положенні лежачи на боці

Початкове положення – лежачи на правому боці. Плавно піднімаємо ліву ногу вгору і повертаємо в початкове положення. Вправу повторити 8–10 разів, після чого потрібно лягти на інший бік і виконати ту саму вправу для правої ноги, також 8–10 разів.

Лягти на правий бік. Піднімаємо і плавно опускаємо обидві ноги. Вправу повторити 4–6 разів, після чого потрібно лягти на інший бік і виконати вправу ще 4–6 разів.

Вправи, які виконуються лежачи на животі

Початкове положення – лежачи на животі, руки витягнуті уздовж тіла. Піднімаємо обидві ноги, утримуючи їх прямими і не згинаючи в колінах, утримуємо таке положення кілька секунд, після чого плавно повертаємося в початкове положення і розслабляємося. Вправу повторити 8–10 разів.

Початкове положення те саме, але тепер руки витягнуті вперед. Потрібно підняти витягнуті і випрямлені в ліктях руки, після чого кілька секунд утримувати таке положення кілька секунд. Після цього плавно повернутися у початкове положення. Вправу повторити 8–10 разів.

Вправи, які виконуються сидячи на стільці

Сидячи тримаємо руки на колінах. На вдиху потрібно підняти руки і потягнутися вгору, на видиху опускаємо руки. Вправу повторити 3–5 разів.

Початкове положення – аналогічно попередній вправі. Необхідно руки розвести в сторони, при цьому кисті повинні бути стиснуті в кулаки. Розводимо руки назад («з'єднуємо лопатки»), напружуємося в такому положенні і повертаємося в початкове положення.

Лікувальна фізкультура для вікової групи 50–60 років.

Вправи, які виконуються лежачи на спині

Початкове положення – лежачи на спині, руки уздовж тулуба. Потрібно зігнути на себе стопи і кисті й утримувати таке положення до 5 с, після чого повернутися в початкове положення і розслабитися. Вправу повторити 6–8 раз.

Початкове положення – те саме. Напружуємо стегнові м'язи, напругу зберігаємо 3–5 с, після чого розслабляємося. Вправу повторити 10–12 разів.

Руки згинаємо в ліктях, ноги повинні бути розташовані разом. Тиснемо ліктями на підлогу до 5 с, після чого розслабляємося. Вправу повторити 6–8 разів.

Руки уздовж тіла. Потрібно підняти голову і тягнутися підборіддям до живота. Повторити вправу 6–8 разів.

Початкове положення – те саме. Потрібно по черзі відводити ноги в сторони, повертаючи їх у вихідне положення. Повторити для кожної ноги 10–12 разів.

Руки уздовж тіла, при цьому ноги згинаємо в колінах. На вдиху піднімаємо таз вгору, на видиху повертаємося у вихідне положення. Повторити 6–8 разів.

Вправи, які виконуються лежачи на животі

Лягти на живіт, руки розташувати уздовж тіла. Треба піднятися (без допомоги рук), відірвавши плечі від підлоги на 5–10 см, утримувати це положення до 5 с. Вправу повторити 6–8 разів.

Руки розміщуємо під підборіддям. Випрямлені ноги по черзі піднімаємо (відводимо назад). Вправу повторюємо 10 разів.

Руки згинаємо в ліктях і впираємося в підлогу. На вдиху піднімаємо таз вгору, на видиху повертаємося у вихідне положення. Повторити 6–8 разів.

Ситуаційні задачі

1. Чоловік 50 років з діагнозом «остеопороз». Яке лікування та реабілітацію ми призначаємо.

Відповідь. Гімнастика – це основне лікування такого захворювання як остеопороз. Саме достатні фізичні навантаження (активний спосіб життя і правильне харчування) є як безвідмовною профілактикою, так і основним лікуванням цього захворювання. Основну увагу така гімнастика приділяє м'язам шії і спини. Саме навантаження на ці групи м'язів дозволяє прискорити обмін речовин в ділянці хребта, а значить – запобігти виведення мінералів з кісткової тканини. При цьому дуже важливим є акуратне виконання вправ – не повинно створюватися зайвого навантаження на м'язи, і потрібно убезпечити себе від можливих травм, які при цьому захворюванні можуть загрожувати переломами. Саме тому всі пропонувані вправи прості і безпечні, крім того, вони розбиті на окремі комплекси, кожен з яких призначений для окремої вікової групи.

2. Чоловік 30 років з діагнозом «остеопороз» перебуває на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте лікування та фізичну реабілітацію.

Відповідь.

Вправа виконується з положення стоячи, руки опущені уздовж тіла, ноги поставлені разом. Робимо вдих, плавно піднімаючи руки через сторони. На видиху опускаємо руки. Повторити вправу 3–5 разів.

Початкове положення – лежачи на правому боці. Плавно піднімаємо ліву ногу вгору і повертаємо в початкове положення. Вправу повторити 8–10 разів, після чого потрібно лягти на інший бік і виконати ту саму вправу для правої ноги, також 8–10 разів.

Початкове положення – лежачи на животі, руки витягнуті уздовж тіла. Піднімаємо обидві ноги, утримуючи їх прямими і не згинаючи в колінах, утримуємо таке положення кілька секунд, після чого плавно повертаємося в початкове положення і розслабляємося. Вправу повторити 8–10 разів.

Сидячи тримаємо руки на колінах. На вдиху потрібно підняти руки і потягнутися вгору, на видиху опускаємо руки. Вправу повторити 3–5 разів.

3. Жінка 50 років страждає на остеопороз. Призначте фізичну реабілітацію.

Відповідь. Початкове положення – лежачи на спині, руки лежать уздовж тулуба. Потрібно зігнути на себе стопи і кисті й утримувати таке положення до 5 с, після чого повернутися в початкове положення і розслабитися. Вправу повторити 6–8 раз.

Руки згинаємо в ліктях, ноги повинні бути розташовані разом. Тиснемо ліктями на підлогу до 5 с, після чого розслабляємося. Вправу повторити 6–8 разів.

Лягти на живіт, руки розташувати уздовж тіла. Треба піднятися (без допомоги рук), відірвавши плечі від підлоги на 5–10 см, утримувати це положення до 5 с. Вправу повторити 6–8 разів.

Руки розміщуємо під підборіддям. Випрямлені ноги по черзі піднімаємо (відводимо назад). Вправу повторити 10 разів.

4. Жінка 40 років страждає на остеопороз і знаходиться на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте фізичну реабілітацію.

Відповідь. Призначаємо ЛФК, дозовану ходьбу, вправи на розвиток координації, масаж (класичний, сегментарно-рефлекторний), фізіотерапію (лазеротерапія, міостимуляція).

5. Чоловік 45 років страждає на остеопороз і знаходиться на лікуванні в ортопедичному відділенні. Призначте фізіотерапію.

Відповідь. Лазеротерапія проводиться щодня по 8–15 хв. На курс лікування призначають 8–10 процедур. Міостимуляція проводиться з інтервалом у 2–3 дні. Кількість процедур – 15–20.

Контрольні питання

1. Що являє собою остеопороз?
2. Які патогенетичні особливості виникнення остеопорозу?
3. Який процес являє собою остеопороз?
4. Яка мета медико-соціальної реабілітації при остеопорозі?

5. Яка класифікація остеопорозу прийнята в Україні?
6. На підставі чого встановлюються порядок та умови визначення реабілітаційних заходів при остеопорозі?
7. Що таке індивідуальна програма реабілітації інваліда при остеопорозі?
8. Які види програм реабілітації застосовуються при остеопорозі?
9. В якій формі здійснюється матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення при остеопорозі?
10. Які складові компоненти лікувальної фізкультури при остеопорозі?
11. Які основні правила проведення медичної реабілітації при остеопорозі?
12. Як призначаються фізичні чинники для реабілітації хворих при остеопорозі ?

Рекомендована література

Базова:

1. Медична та соціальна реабілітація : навч. посібник / за заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
2. Маруніч В.В. Методичний посібник з питань реабілітації інвалідів / В.В. Маруніч, В.І. Шевчук, О.Б. Яворовенко. – Вінниця : О. Власюк, 2006. – 212 с.
3. Професійна реабілітація інвалідів / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак, В.В. Коваленко та ін. ; за ред. В.В. Маруніча. – Дніпропетровськ : Пороги, 2005. – 227 с.
4. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія і її застосування в реабілітаційній медицині : посібник / В.П. Лисенюк, І.З. Самосюк, Л.І. Фісенко та ін. – Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.
5. Епифанов В.А. Восстановительная медицина : справочник / В.А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 592 с.
6. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації : навч. посібник / А.М. Порада, О.В. Солодовник, Н.Є. Прокопчук. – 2-е вид. – Київ : Медицина, 2008. – 248 с.
7. Магльований А.В. Основи фізичної реабілітації: навч. посібник / А.В. Магльований, В.М. Мухін, Г.М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147 с.

Допоміжна:

1. Мороз О.М. Основи складання індивідуальної програми реабілітації / О.М. Мороз // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2013. – №1 (7). – С. 18–32.

2. Медична психологія : підруч. для студ. вищ. навч. закладів ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / І.Д. Спіріна [та ін.]. – Дніпропетровськ : Ліра ЛТД, 2012. – 442 с.

Інформаційні ресурси

1. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>
2. Офіційний сайт Служби охорони праці <https://www.sop.com.ua/>
3. Всесвітня конфедерація фізичної терапії. <http://wcpt.org/>
4. Всесвітня федерація ерготерапевтів. <http://www.wfot.org/>
5. <http://suglob.com/osteohondroz/poperekovogo-viddiluhrebta#ixzz5EdU71HNO>
6. <http://www.likar.info/travmatologiya-i-ortopediya/article-42751-osteoporoz-suchasni-metodi-diaagnostiki/> Likar.info

Навчальне видання

Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії

**Методичні вказівки
до проведення практичного заняття
магістрів 1-го курсу IV медичного факультету**

Упорядники Істомін Андрій Георгійович
 Павлова Тетяна Михайлівна
 Сушецька Аліна Сергіївна
 Резуненко Ольга Василівна
 Латогуз Сергій Іванович
 Луценко Олена Володимирівна
 Калюжка Аліна Андріївна
 Терьошкін Костянтин Ігорович
 Сивенко Олена Леонідівна
 Медовець Оксана Іліріківна

Відповідальний за випуск А. Г. Істомін



Редактор М. В. Тарасенко
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 3,5. Зам. № 20-33991.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.