



INTERNATIONAL SCIENTIFIC UNITY

1 International Scientific and Practical Conference
**«Global Trends in the Development of
Information Technology and Science»**

Collection of Scientific Papers

January 8-10, 2025
Stockholm, Sweden

Коробкова І.В., Головчак Г.С., Попов О.О., Лях С.І. СУЧАСНИЙ ПРОЦЕС СТЕРИЛІЗАЦІЇ ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ.....	133
Соловйова В.О., Веснін В.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКСЦЕНТРИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ТЕНДІНОПАТІЇ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА.....	137
Демічева В.Є., Бурма Я.І. КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕПТОСПИРОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ У 2022-2024 РОКАХ.....	139
Skrypnyk S.V., Nymtsovykh A.M. FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION OF PERSONS WITH CHRONIC MENTAL ILLNESS.....	141
Степанова К.С., Хохлов Я.Е., Чуніховська Е.С., В'юн І.А. РОЛЬ ГІБРИДНОЇ АБЛЯЦІЇ У ЛІКУВАННІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	144
Аряєв М.Л., Сеньківська Л.І., Лотиш Н.Г., Сеньківська Ю.Д. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПІДТРИМКА ІНТЕРНІВ ПІД ЧАС РОБОТИ У ПЕДІАТРИЧНИХ ВІДДІЛЕННЯХ.....	146
Шиян А.О., Веснін В.В. ВИВИХИ В СПОРТІ: ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ.....	148
SECTION: MICROBIOLOGY AND ECOLOGY	
Подгорна Д.С., Мозгова Ю.А. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ.....	153
SECTION: MILITARY AFFAIR	
Проскурнін Я., Захватава Т., Єгоров А. ОЦІНЮВАННЯ КОМФОРТУ БРОНЕЖИЛЕТІВ.....	155
SECTION: PEDAGOGY, PHILOLOGY AND LINGUISTICS	
Пальоний А.С., Кушнір О.В. КРИТЕРІАЛЬНО-ІНДИКАТИВНА МОДЕЛЬ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ КОМПЕТЕНТНОСТІ З УПРАВЛІННЯ ПРОФЕСІЙНИМ СТРЕСОМ СЕРЕД ДИСПЕТЧЕРІВ УПРАВЛІННЯ ПОВІТРЯНИМ РУХОМ.....	159

Висновок. Психолого-педагогічна підтримка є невід'ємною частиною підготовки майбутніх лікарів-педіатрів. Удосконалення цієї системи дозволяє створити сприятливе середовище для професійного та особистісного розвитку інтернів, забезпечуючи їхню готовність до складної, але надзвичайно важливої роботи з наймолодшими пацієнтами.

Список використаних джерел

1. Стечак Г.М. Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті: дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Стечак Галина Михайлівна. - Львів., 2017. - 282 с.
2. Наказ 25.10.2021 № 1128 Про затвердження Положення про педагогічну інтернатуру. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1670-21#Text>
3. Кравчук Н.П. Особливості психолого-педагогічного супроводу та підтримки обдарованих дітей у сучасному освітньому просторі закладів освіти / Н.П. Кравчук // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2021 р. - № 75. - Т. 2. - С.22-27. http://pedagogy-journal.kpu.zp.ua/archive/2021/75/part_2/6.pdf
4. Психолого-педагогічна підтримка здобувачів освіти у процесі їхнього саморозвитку і самореалізації як ресурс реалізації компетентнісного підходу в освіті. URL: <https://vseosvita.ua/library/psihologo-pedagogicna-pidtrimka-zdobuvaciv-osviti-u-procesi-ihnogo-samorozvitkui-samorealizacii-ak-resurs-realizacii-kompetentisnogo-pidhodu-v-osviti-327262.html>
5. В'юн В.В. Система медико-психологічної підтримки лікаря у період адаптації до професійної діяльності / В.В. В'юн // НЕЙРОNEWS. 2018. - №4-5 (97). - С.52-56.

ВИВИХИ В СПОРТІ: ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА МЕТОДИ ВІДНОВЛЕННЯ

Шиян Аніта Олегівна

здобувач вищої освіти 5 курсу, група 1м-20-1

Спеціальність "Медицина"

І медичний факультет

Веснін Володимир Вікторович

к.мед.н., доцент

Кафедра травматології та ортопедії

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Багато людей не можуть уявити своє життя без спорту. На жаль, це заняття є не тільки корисним, але і може пошкодити кінцівки. Переломи, вивихи та синці можуть бути легкими або важкими. В останньому випадку вони вимагають серйозної реабілітації [5]. Спортивні травми становлять 2–5% від загального числа побутових, вуличних і виробничих травм. Травми варіюються

від спорту до спорту. Звичайно, чим вище популярність цього виду спорту, тим більше травм отримує спортсмен. Але кількість травм залежить не тільки від кількості спортсменів, а й від сили спорту. Зрозуміло, що ті, хто тренується 6 разів на тиждень, мають більший ризик отримати травму, ніж ті, хто тренується 3 рази на тиждень. Таким чином, якщо оцінюємо загальну кількість учасників (вплив спортсменів), то враховується показник кількості травм на 1000 тренувань або змагань [1].

Постановка проблеми. Травматичний вивих плеча становить від 50% до 60% загальної кількості вивихів. Такі вивихи характеризуються численними посттравматичними ускладненнями в залежності від тяжкості пошкодження м'яких тканин і специфічних анатомічних і фізіологічних особливостей плечового суглоба. Одним з найбільш серйозних наслідків цієї травми є нормальний вивих плеча, який зустрічається у 16,3–60,0% пацієнтів. Наведені факти підтверджують актуальність дослідження особливостей діагностики та лікування вивиху у спорті.

Найбільш часто травми зустрічаються у футболі, що зумовлено як специфікою виду спорту, так і його масовістю. Найчастіше травмуються воротарі, нападники й гравці середньої лінії. Воратарі в основному травмуються під час зіткнень, нападаючі - під час бігу, зіткнень, падінь. Основними видами ушкоджень є м'язово-сухожильні і остеосуглобові удари й розтягнення м'язів, розтягнення суглобів, вивихи, переломи.

Виклад основного матеріалу. Вивих супроводжується повним або частковим вивихом суглобової поверхні, що порушує нормальне анатомічне положення суглоба. При виникненні вивиху капсули й зв'язки суглоба, то в суглобовій порожнині й оточуючих тканинах виникає кровотеча. Виняток становлять розрив капсули і вивих нижньої щелепи, які не супроводжуються кровотечею. Досить часто, вивихи пошкоджують навколишні тканини, м'язи, нерви, кровоносні й лімфатичні судини, і вимагають компетентної медичної допомоги для запобігання ускладнень і забезпечення належного відновлення функції суглобів [6].

Вивих кисті виникає при падінні з опорою на кисть, а так само при ударі. Кисті складається з великої кількості маленьких кісток, за рахунок чого забезпечується висока рухливість. Існує багато різновидів вивихів, в залежності від того в яку сторону відхилена кисть і які суглоби уражені. В цілому симптоми вивиху кисті мають наступну картину: хворобливість при спробі руху, обмеженість в діях, набряклість. Вправлення вивиху проводять під місцевою анестезією або наркозом. Процес загоювання може тривати до 2-х тижнів, в залежності від тяжкості. Після вправлення кисть стає нестабільною, великий ризик отримати повторний вивих, тому її необхідно зафіксувати гіпсовою пов'язкою, на термін до 2-х тижнів. Процес реабілітації триває 2-3 місяці після отримання травми. Щоб уникнути вивихів під час тренувань і змагань необхідно використовувати еластичні бинти, рукавички, а після тренування треба робити масаж.

При вивиху плеча головка плечової кистки зміщується вперед, відбувається сплюснення дельтоподібного м'язу. При цьому, кінцівка приймає

напівзігнуте положення й витягнута в ліктьовому суглобі, потерпілий підтримує уражену кінцівку здоровою рукою. Активні рухи суглобів неможливі, пасивні рухи різко обмежені й еластичні.

При задньому зміщенні головка плечової кістки також зміщується вперед [4]. Основний симптом такий же, як і при передньому вивиху, але головка плечової кістки пальпується за суглобовою щілиною, ключичні зв'язки помітно розтягнуті, а плече зафіксовано в зігнутому положенні. Вивих може супроводжуватися переломами шийки плечової кістки, на що вказує виражений набряк плеча, кровотеча й сильний місцевий біль. У всіх постраждалих зазвичай необхідно контролювати рухливість і чутливість пальців і кистей рук (можливим є здавлювання судино-нервового пучка).

Діагностика вивихів включає різні методи, від візуального огляду суглобів та оцінки симптомів до інструментальних досліджень. Візуальний огляд дозволяє лікарю оцінити зовнішні ознаки травми і визначити невідповідність розташування кісток в суглобі. Інструментальні методи дають детальну картину внутрішньої будови суглоба, допомагають точно визначити наявність вивихів, їх характер і можливі ускладнення [3]. Вони включають: візуальний огляд; рентгенографію для отримання зображення скелета з метою визначення розташування кісток в суглобі і визначити можливі пошкодження; комп'ютерну томографію з метою отримання детального зображення суглоба за допомогою рентгенівських променів і комп'ютерної обробки даних.

Магнітно-резонансна томографія надає інформацію про структуру та стан м'яких тканин, суглобового хряща та зв'язок, що корисно при діагностиці вивихів. Ультразвук допомагає визначити наявність вивихів, оцінити стан суглобових тканин і визначити ступінь пошкодження, що є важливою частиною діагностики вивихів.

Лікування вивихів включає консервативні та хірургічні методи. Залежно від тяжкості вивиху, кістку можна вручну повернути в правильне положення або використовувати спеціальний пристрій для виконання методу відновлення. Консервативні методи включають фіксацію суглобів за допомогою гіпсових пов'язок, використання ортопедії або лікування фізіотерапевтичними процедурами для відновлення функції суглобів. Якщо консервативне лікування неефективне або вивих утруднений, можуть знадобитися хірургічні втручання, такі як реконструкція зв'язок і фіксація кістки пластинами або гвинтами.[2].

Фізіотерапевтичні процедури спрямовані на відновлення функції суглобів і зміцнення навколишніх тканин. Індивідуальний план лікування розробляється з урахуванням типу і місця розташування вивиху, а також стану пацієнта. Реабілітація після лікування необхідна для відновлення повноцінної функції суглобу для запобігання ускладнень.

Хірургічне втручання слід рекомендувати пацієнтам з первинним вивихом у віці до 25 років після остаточної діагностики та нетравматичного (артроскопічного) лікування. Під час операції відновлюється хрящове кільце суглобової щілини лопатки, і суглобова капсула знову вставляється в точку з'єднання. У пацієнтів у віці 25–50 років початковий вивих плеча лікується

консервативно. Виняток становлять професійні спортсмени. У пацієнтів старше 50 років лікування зазвичай консервативне.

Для корекції вивиху плеча використовуються наступні методи: Кохера, Мота-Мухіна, Джанелідзе, Гіппократа. Необхідно виправити вивих за допомогою місцевої анестезії шляхом уведення пацієнтові підшкірно в суглобові порожнини 1% – ий розчин новокаїну 40 мл. Після вправлення вивиху кінцівку фіксують на 4 тижні. Реабілітаційне лікування включає масаж, фізіотерапію, лікувальну гімнастику.

Слід зазначити, що частота рецидивів після поточної реконструктивної операції з приводу звичного вивиху плеча коливається від 3,8% до 30,0%. Профілактика вивиху включає в себе ряд заходів, спрямованих на зміцнення м'язів і зв'язок, правильне формування суглобів в дитинстві і запобігання травматичних ситуацій. Фізичні вправи, заняття з оздоровлення, використання ортопедичних вставок і підтримуючих пристосувань допоможуть зміцнити м'язовий корсет і підвищити стійкість до пошкоджень суглобів. Особлива увага приділяється профілактиці травматичних вивихів у дітей і спортсменів шляхом носіння захисного спорядження, дотримання правил безпеки і регулярного медичного спостереження. Регулярна консультація з травматологом і дотримання рекомендацій фахівців також відіграють важливу роль в профілактиці вивиху. Зміцнення м'язів і зв'язок включає регулярні фізичні вправи, які спрямовані на зміцнення м'язів і підвищення гнучкості суглобів. Спеціальні ортопедичні вставки і підтримуючі пристрої можуть допомогти поліпшити структуру і функцію суглобів. Захисне спорядження включає носіння шолому, налокітників та наколінників. Необхідним профілактичним заходом є дотримання правил безпеки під час занять спортом і фізичними вправами.

Висновки. Проаналізовано причини виникнення вивиху у спорті, наведено статистичні показники спортивних травм. Розглянуто симптоматику вивиху плеча, вказано найбільш ефективні способи його діагностики та лікування для різних вікових груп. Конкретизовано способи профілактики вивихів.

Перспективи подальших досліджень повинні включати вдосконалення тренувального процесу на всіх етапах підготовки, відновлення працездатності спортсменів різної кваліфікації, для того щоб рухова активність під час занять спортом була якомога безпечніша та атравматична.

Список використаних джерел

1. Головащенко Р., Лаврентьев О., Крупеня С., Зверев, А. (2022). Травматизм у спортивній діяльності. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова, (2 (146), 18–23. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.2\(146\).04](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.2(146).04).
2. Денисовець А. П., Пилипчук П. Б. Попередження травматизму у спортивній діяльності. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія № 15. Київ, 2021. Вип. 10 (141) 21. С. 46–48.

3. Дорошенко Е. Ю. Проблема травматизму в ігрових видах спорту та перспективи використання засобів фізичної реабілітації. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. 2020. № 18. С. 127–132.
4. Подоляка П. С., Ногас А. (2022). Спортивний травматизм у сучасному спорті. *Rehabilitation and Recreation*, (11), 220–226. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2022.11.24>.
5. Сухін Ю. В. Лікування звичного вивиху плеча за допомогою обладнання на базі принципів доповненої реальності. Вісник морської медицини. 2015. № 3 (68). С. 75–80.
6. Хомік О. М., Сахарук І. С., Борисюк С. Ю., Хриплюк О. П. Особливості використання методу кінезіотейпування для профілактики спортивного травматизму у кваліфікованих легкоатлетів. Олімпійський та паролімпійський спорт, 2023. Вип. № 3. С. 74–78.