

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

Збірник матеріалів

студентської науково-практичної конференції

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



13 листопада 2019 р. м. Харків



відвідних м'язів стегна. Для цього використовують вправи, які направлені на відновлення нормального стереотипу ходьби: ходьба з опорою, костиллями. Пацієнтам показана СМР(ContinuousPassiveMotion) терапія, яка базується на тривалому виконанні пасивних вправ в одному чи декількох суглобах та є ефективною в ранньому післяопераційному періоді. Також застосовуються вправи з використанням техніки Пілатес та гідротерапія. Для прискорення відновлення рухових функцій в суглобі проводять кінезіотейпування.

Висновки. Завдяки раціональному і правильному проведенню фізичної реабілітації в післяопераційному періоді пацієнти відновлюють рухи в колінному суглобі - функції згинання та розгинання; нормалізують тонус відвідних м'язів стегна та гомілки, що дозволяє покращити рухову активність та прискорити процес відновлення, покращити якість життя та мінімізувати больові відчуття.

Сікірницька А.С.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З МІЖХРЕБЦЕВОЮ ГРИЖЕЮ

Кафедра спортивної медицини та фізичної реабілітації

з курсом фізичного виховання та здоров'я,

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Науковий керівник: ас. Медовець О.І.

Актуальність: Хвороби та травми опорно-рухової системи є найголовнішим фактором інвалідизації людства в усьому світі. У лікуванні патологій хребту головним методом залишається оперативне втручання. Адекватна реабілітаційна програма після оперативного втручання є запорукою швидкого повернення хворого до звичного йому життя, або покращення якості життя.

Мета роботи: описати етапи реабілітації щодо відновлення хворих після оперативного втручання при міжхребцевих грижах на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи. Хвора Е., 36 років, в 2011 році звернулася до лікаря-ортопеда зі скаргами на біль тягнучого та ниючого характеру в спині та нижніх



кінцівках, який посилювався ввечері або після виконання фізичних навантажень, та іррадіював в області сідниць та стегна; напругу в м'язах спини та стегна; оніміння нижніх кінцівок; загальну слабкість та часте запаморочення. Хворою себе вважає із 2007 року, коли вперше відчула біль в спині та нижніх кінцівках після фізичного навантаження. Звернулася до лікаря, перебувала на консервативному лікуванні (були назначені НПЗЗ та ненаркотичні анальгетики). Об'єктивно: стан хворої задовільний, виявлена незначна напруга паравертебральних м'язів, зниження рефлексів на нижніх кінцівках. За даними КТ: перехідний попереково-крижовий хребець L5, гіпоплазія диску L4-L5. Дорсо-центральна правобічна парамедіанна грижа диску L4-L5, з компресією корінця правого спинномозкового нерва.

Результати. Навесні 2012 року хворій була проведена міжкостиста фіксація імплантом на рівні L4-L5, після чого назначена трьохетапна реабілітація.

Перший – ранній період (перші 2 тижні) пацієнтка Е. знаходилася в умовах стаціонару, головною метою якого було відновлення і зменшення больових відчуттів шляхом медикаментозної терапії та назначення процедур для мінімізації ускладнень після оперативних втручань. Заборонялось довго сидіти, підіймати вагу та мануальна терапія. Носіння фіксаційного корсету для зниження напруги на хребет.

Другий – пізній етап (від 2го до 6го тижня) хвора була переведена на стаціонарно-амбулаторний тип лікування. Всі реабілітаційні заходи проводилися в умовах медичного центру і були направлені на відновлення функціональних можливостей хворої.

На *пізньому етапі (від шести тижнів до двох місяців)* почався процес відновлення м'язового каркаса. Була назначена програма спеціальної лікувальної гімнастики, яка стимулювала відновлення хворої, а в подальшому розвиток та зміцнення м'язового апарату для рівномірного розподілення навантаження на спину, а також зменшення рецидиву гриж, а також масаж.

Третій період – віддалений (від 2 до 6 місяців) реабілітація була направлена на покращення якості життя хворої, профілактику рецидивів, зміцнення м'язів



спини. Пацієнтці назначались заняття лікувальною гімнастикою зі збільшеним навантаженням, міофасціальний масаж. Після 6 місяців рекомендувалось продовжувати курс реабілітації з включенням вправ на професійних медичних або спортивних тренажерах під наглядом фахівця.

Висновок. Фізична реабілітація після міжосьової імплантації з приводу наявності міжхребцевої грижі ділиться на декілька етапів. На кожному етапі відновлення засоби фізичної терапії мають свої завдання.

Медична реабілітація не лише стимулює відновлення хворого, а й при позитивних результатах повертає людину до звичного їй режиму життя, покращуючи цим якість життя, зменшує відсоток рецидивів хвороби.

Сущенко Е.В.

СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ У ВИСОКОКВАЛІФІКОВАНИХ СПОРТСМЕНІВ

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

Синдром хронічної втоми(СХВ)- це складний хронічний стан, що характеризується скупченнями симптомів, які включають: патологічну втому та нездужання, які погіршуються після напруги, когнітивну, імунну, вегетативну, нейроендокринну дисфункції. СХВ впливає на здатність людей робити щоденні завдання, наприклад, приймати душ або готувати їжу, навчання в школі та участь у сімейному та соціальному житті, може тривати роками, а іноді призводить до серйозної втрати працездатності. Симптоми СХВ можуть бути схожими на багатоіншихзахворювань. На даний момент немає тесту для підтвердження СХВ, що ускладнює діагностику. Хворобаможе бути непередбачуваною. Симптомиможутьз'являтися і згасати.

Лікар повинен бути в змозі відрізнитиСХВ відінших хвороб шляхом ретельногомедичногообстеження. Цевключає в себе задачу багатьохпитань про історіюздоров'япацієнта та поточну хворобу, а також про симптоми,