

ноги. Позитивна динаміка функціональних можливостей вплинула на загальний психічний стан пацієнта, додала оптимістичності і бадьорого настрою, що сприятиме подальшому одужанню хворого. Складність процесу відновлення після перенесеного ішемічного інсульту обумовлював важкий психоемоційний стан та деякі когнітивні розлади хворого.

Проведені дослідження дозволяють зробити висновок, що нові підходи до фізичної реабілітації пацієнтів із врахуванням періоду хвороби на основі індивідуальної реабілітаційної програми, адекватно поставлених цілей та завдань ведуть до більш швидкого відновлення порушених функцій, дають змогу хворим скоріше стати оптимально незалежними та підвищують якість їх життя.

#### **Список використаної літератури:**

1. Баннікова Р. Сучасний погляд на фізичну реабілітацію наслідків гострих порушень мозкового кровообігу у пізньому відновному періоді/ Р. Баннікова, В. Керестей, Ю. Магнушевський // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2017. – № 1. – С. 47–52.

2. Калмиков С. А., Манучарян С. В., Миронова Г. В. Аналіз ефективності фізичної реабілітації чоловіків другого зрілого віку, хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі. – Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2016. – № 2. – С. 21–23.

3. Короткий О. В. Аналіз стану здоров'я населення та функціонування системи надання первинної медичної допомоги у 2011–2015 рр. (на прикладі міста Києва). – Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С.140–146.

4. Підкопай Д. О., Бірюкова Т. П. Особливості методики лікувальної фізичної культури хворих на ішемічний інсульт на стаціонарному етапі з урахуванням рухового режиму. // Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. – 2016. – № 2. – С.61–63.

**Науковий керівник:** к.б.н., доцент кафедри анатомії, фізіології та фізичної реабілітації  
Кудій Л. І.

**В.О. Гвоздь**

*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького*

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧА**

Верхня кінцівка є складною біомеханічною системою, елементи якої функціонально взаємозв'язані. Тому ушкодження тієї чи іншої її частини будуть призводити до порушення функції верхньої кінцівки в цілому. Ураження елементів плечового суглоба та зниження його функціональної активності має максимально несприятливий вплив на функціонування верхньої кінцівки [5].

Переломи плечової кістки становлять у середньому 5-13% переломів по відношенню до всіх переломів, а переломи проксимального кінця плечової кістки - 75-80%. Частота переломів хірургічної шийки плечової кістки становить 75-90 випадків на 100 000 населення на рік. У 75% пацієнтів переломи проксимального відділу плечової кістки виникають у віці старше 60 років, при цьому у жінок вони зустрічаються в 2-3 рази частіше, що безпосередньо пов'язано зі змінами гормонального фону та розвитком остеопорозу. Тому переломи проксимального відділу плечової кістки стають не тільки медичною, а й соціальною проблемою та за значимістю стоять на другому місці після переломів шийки стегнової кістки [1].

Внутрішньосуглобові (епіфізарні) переломи супроводжуються крововиливом в порожнину суглоба, пошкодженням його хряща, сумки, зв'язкового апарату, порушенням конгруентності суглобових поверхонь при зміщеннях відламків. Найбільш часто зустрічаються переломи хірургічної шийки плечової кістки, хоча до внутрішньосуглобових переломів відносяться також переломи головки, анатомічної шийки, переломи великого і малого горбика. Розрізняють такі різновиди переломів хірургічної шийки плеча: вколочений перелом, при якому периферичний уламок вклинюється в центральний, абдукційний (відвідний) перелом, аддукційний (привідний) перелом [2].

Вимушена нерухомість суглоба, яка необхідна для загоєння перелому, спричиняє додаткові зміни в його будові. При цьому страждає хрящ, утворюються спайки, розпушуються кістки, в середині суглоба може розростатися кістковий мозоль, що призводить до тугорухливості, контрактури, анкілозу, деформуючого артрозу. Регенерація кісткової тканини відбувається гірше, ніж при діафізарних переломах [4].

Переломи хірургічної шийки плечової кістки належать до тяжких травм і мають негативну травматологічну характеристику. Значна кількість незрощень і ускладнень цих переломів спонукали лікарів до розробки й використання нових методик лікування та відмови від одномоментної репозиції з наступною фіксацією гіпсовою пов'язкою. Це також стосується лікування методом скелетного витягання, який тепер застосовують лише як підготовку до операції. На сьогоднішній день перевагу надають оперативному лікуванню і тільки у крайніх випадках застосовують консервативне лікування [6].

Важливим компонентом діяльності фахівця фізичної реабілітації є проведення реабілітаційного обстеження із подальшим визначенням рухових обмежень та основних функціональних порушень пацієнта, що має ключове значення для встановлення реабілітаційного діагнозу, планування та прогнозування процесу фізичної реабілітації. У вітчизняній літературі висвітлені лише окремі методики фізичної реабілітації при різних травмах і захворюваннях опорно-рухового апарату, але вони не передбачають початкового аналізу стану рухових функцій [3]. План процесу реабілітації повинен ґрунтуватись на основі рухових можливостей фізичного стану, наявності супутніх захворювань або післяопераційних ускладнень [7].

Метою роботи було розробити та обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації хворих з переломом проксимального відділу плечової кістки, оцінити ефективність підбраного комплексу.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

1. Проаналізувати ефективність застосування традиційних підходів щодо фізичної реабілітації хворих з переломом проксимального відділу плечової кістки.
2. Підібрати та впровадити комплекс методів фізичної реабілітації, спрямований на відновлення функції плечового суглоба.
3. Оцінити ефективність розробленої програми фізичної реабілітації пацієнтів із переломом проксимального відділу плечової кістки.

При виконанні роботи ми використовували наступні методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, медико-біологічні методи (збір анамнезу, соматоскопія, антропометрія, пальпація, гоніометрія, динамометрія), методи математичної статистики.

Дослідження проводились на базі фізіотерапевтичного відділення Комунального некомерційного підприємства «Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка (філія №3)».

Під нашими спостереженнями знаходилася пацієнтка віком 38 років, яка проходила лікування після стабільно-функціонального остеосинтезу з приводу перелому плечової кістки у проксимальному відділі (хірургічна шийка).

Реабілітаційне обстеження пацієнтки проводилося на десятий день після оперативного втручання: було з'ясовано скарги хворої та проведено збір анамнезу. Вимірювання обводу сегментів ураженої і здорової кінцівок здійснювалось сантиметровою стрічкою. Результати вимірювання обводу сегментів ураженої кінцівки порівнювали з отриманими показниками обводу сегментів здорової кінцівки і визначили збільшення обводу в ураженій кінцівці у відсотках відносно здорової кінцівки, що дозволяє оцінити величину набряку.

Для визначення функціонального стану травмованої кінцівки було здійснено мануальне обстеження ушкодженого плеча. Для визначення обсягу рухів у суглобах верхньої кінцівки ми проводили вимірювання активної амплітуди руху, оскільки пасивні рухи в оперованій верхній кінцівці після перелому хірургічної шийки плечової кістки протипоказані

В рамках запропонованої програми фізичної реабілітації при переломі проксимального відділу плечової кістки комплекс вправ складався зі спеціальних вправ статичного і динамічного характеру, загальнорозвиваючих вправ з обтяженнями, з приладами і на приладах.

Після проведення фізичної реабілітації в обстежуваних встановлена тенденція до позитивних змін досліджених показників амплітуди рухів. Отримані дані свідчать про адекватність та раціональність розробленої та застосованої комплексної програми фізичної реабілітації.

#### Список використаної літератури:

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / Мухін В. М. – Київ: Олімп. література, 2000. – 422 с.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація в травматології: монографія / В. М. Мухін. – Львів : ЛДУФК, 2015. – 424 с.
3. Назар П. С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації: навч. посіб. / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – Київ: Олімп. література, 2007. – 239 с.
4. Ортопедія і травматологія / За ред. проф. О. М. Хвисьюка. – Х., 2013. – 656 с.
5. Свіридов О. І. Анатомія людини / О. І. Свіридов. – Київ: Вища школа, 2001.
6. Склярєнко Е. Т. Травматологія та ортопедія / Е. Т. Склярєнко. – К.: Здоров'я, 2005. – 328 с.
7. Травматологія та ортопедія [підручник для студ. вищих мед. навч. закладів] / за ред. Г. Г. Голки, О. А. Бурянова, В. Г. Климовицького. – Вінниця: Нова Книга, 2013. – 400 с.

**Науковий керівник:** к.б.н., доцент кафедри анатомії, фізіології та фізичної реабілітації  
Рибалко А.В.

*А. М. Каниюка*

*Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького*

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ КІНЦІВОК МЕТОДАМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО ТРЕНУВАННЯ**

Проблема залучення хворих до участі у профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходах все більше привертає увагу дослідників. Аналіз науково-методичної літератури [Носівець, Науменко, Сухин, Павличко, Козьякіна, Ситіна, Харченка, Брискіна та ін.] свідчать про недостатність комплексного застосування засобів медичної та психофізичної реабілітації у відновлювальному лікуванні травматологічних хворих. Нажаль, відсутні дані щодо комплексного дослідження особливостей застосування психічних та фізичних вправ, які беруть участь у психомоторній діяльності травматологічних хворих [Александров, Гримак, Лобзин, Маришук, Schults]. Залишається проблема ролі психофізичних вправ у підвищенні ефективності медичної та фізичної реабілітації травматологічних хворих, що проходять відновлювальне лікування. Ще складніше обґрунтувати індивідуальний підхід до реалізації технологій використання психофізичних вправ у відновлювальному лікуванні травматологічних хворих.

Тому метою роботи було розробити комплекси психофізичних вправ та з'ясувати їх ефективність застосування в системі реабілітації хворих з переломом хірургічної шийки плеча. Використовували наступні методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення представлених у науково-методичній літературі даних; антропометричні дослідження; експериментування по комплексу застосування психофізичних вправ та статистичну обробку даних. Дослідження проводили на базі Комунального некомерційного підприємства «Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка» (філія №3). У хворі з переломом хірургічної шийки плеча, яка знаходилася на поліклінічному етапі реабілітації, щодня проводили заняття ЛФК (30 хв) за традиційною методикою. Для підвищення ефективності заняття ЛФК та усунення розладів використовували амбулаторний курс психофізичних вправ (12 годин). В заключній частині уроку (7 хв.) використовували комплекс психофізичних вправ, який був спрямований на переключення емоційного реагування та уваги пацієнтів з домінанти хвороби на особистісні психічні ресурси.

На початку та після проведення курсу психофізичної реабілітації у пацієнтів були проведені дослідження рухової функції пошкодженої кінцівки. Визначали силову витривалість, амплітуду рухів у плечовому суглобі, силу кисті. Використовували