

У 510.76

А 44

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

ДІДУХ ГАЛИНА ВОЛОДИМИРІВНА

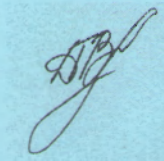
УДК 796:615.82+616-001.5-055.2

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ
ПЕРЕЛОМУ ПРОКСИМАЛЬНОГО КІНЦЯ СТЕГНОВОЇ
КІСТКИ**

24.00.03 – фізична реабілітація

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з фізичного виховання і спорту



Львів – 2007

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано на кафедрі фізичної реабілітації Львівського державного університету фізичної культури Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

Науковий керівник – кандидат біологічних наук, доцент
ВОВКАНИЧ АНДРІЙ СТЕПАНОВИЧ,
Львівський державний університет фізичної культури,
завідувач кафедри фізичної реабілітації.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
АПАНАСЕНКО ГЕННАДІЙ ЛЕОНІДОВИЧ,
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика,
завідувач кафедри спортивної медицини і санології.

кандидат медичних наук, професор
МУХІН ВОЛОДИМИР МИКОЛАЙОВИЧ,
Національний університет фізичного виховання і
спорту України,
професор кафедри фізичної реабілітації.

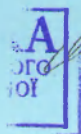
Провідна установа – Міжнародний економіко-гуманітарний
університет імені академіка Степана Дем'янука,
кафедра фізичної реабілітації, Міністерство освіти і
науки України, м. Рівне.

Захист відбудеться **22 травня 2007 року о 16 годині 30 хвилин** під час
засідання спеціалізованої вченої ради К 35.829.01 Львівського державного
університету фізичної культури за адресою: 79000 м. Львів, вул. Костюшка,
11.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Львівського державного
університету фізичної культури (79000 м. Львів, вул. Костюшка, 11).

Автореферат розіслано 21 квітня 2007 року.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



О.М. Вацеба

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність. Переломи проксимального кінця стегнової кістки становлять близько чверті усіх переломів стегнової кістки (Терновой Н.К., 2001; Скляренко Є.Т., 2005; Ананко А.А., 2007). Вони виникають переважно у жінок похилого віку, що обумовлено особливостями інволютивних змін у жіночому організмі, зокрема гормональними змінами в періоді менопаузи, що прискорюють розвиток остеопорозу (Федонюк Я.І., 2001; Агаджанян Н.А., 2003; Никоненко П.І., 2003).

Переломи проксимального кінця стегнової кістки у похилому віці належать до небезпечних для життя травм, оскільки при тривалій іммобілізації гіпостатичні ускладнення на тлі супутніх захворювань часто призводять до легального завершення (Процик А.І., 2003; Остапчук М.П., 2003; Котешева І.А., 2005; Корж Н.А., 2006).

У світі за рік реєструють 1,7 млн випадків переломів проксимального кінця стегнової кістки (Шварте А.В., 2006). Більшість цих людей є працездатними, однак внаслідок травми проксимального кінця стегнової кістки вони втрачають працездатність на тривалий час, а іноді – на все життя.

Дані ВООЗ свідчать про те, що кількість ліжко-днів на рік для жінок з остеопоротичними переломами проксимального відділу стегнової кістки перевищує показник для таких захворювань, як рак молочної залози, гострий інфаркт міокарда, хронічні захворювання легень (Дедух Н.В., 2006). Після перелому проксимального кінця стегнової кістки близько 50% пацієнтів не можуть пересуватися без сторонньої допомоги, третина втрачає здатність до самообслуговування (Поворознюк В.В., 2005).

Фізична реабілітація є невід'ємною складовою післяопераційного процесу відновлення після травми проксимального кінця стегнової кістки (Клапчук В.В., 1995; Кулаженко Е.В., 2000; Апанасенко Г.Л., 2004; Мухін В.М., 2005). Водночас більшість теоретиків окреслюють лише загальні питання фізичної реабілітації осіб похилого віку та рекомендують застосування лікувальної фізичної культури в умовах стаціонару. Практичні рекомендації передбачають орієнтовні комплекси фізичних вправ, які можна застосовувати для такого контингенту пацієнтів (Каптелін А.Ф., 1991; Лебедева П.П., 2001; Боголюбов Б.М., 2000; Попова С.Н., 2004; Епіфанов В.А., 2005).

Проте фізична реабілітація людей похилого віку, зокрема жінок з переломом проксимального кінця стегнової кістки має свої особливості, обумовлені ураженням різних органів та систем, і не може бути приблизною. Застосування кожної має бути чітко мотивованим і дозованим відповідно до перебігу захворювання та стану пацієнта. Недостатність досліджень з фізичної реабілітації осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки зумовила вибір теми дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до теми 4.1.2 „Фізична реабілітація неповносправних осіб з руховими дисфункціями” Зведеного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006-2010 рр. Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту (номер державної реєстрації 0106 У 012608).

Роль автора у виконанні цієї теми полягала в розробці, обґрунтуванні й апробації програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки та вивченні рухової сфери осіб похилого віку.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація осіб похилого віку з травматичними пошкодженнями опорно-рухового апарату.

Предмет дослідження – засоби і методи фізичної реабілітації жінок похилого віку з переломами проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді.

Мета дослідження – розробити та апробувати програму фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та узагальнити зміст існуючих програм фізичної реабілітації для осіб з переломами проксимального кінця стегнової кістки.
2. Укласти картку реабілітаційного обстеження рухової сфери жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.
3. Розробити та впровадити в практику програму фізичної реабілітації жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді.
4. Сформувати рекомендації для фахівців фізичної реабілітації щодо індивідуалізації запропонованої програми фізичної реабілітації жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, соціологічні методи (вивчення історій хвороби, опитування, анкетування), педагогічне спостереження, параклінічні методи дослідження (вимірювання обводу сегментів ураженої кінцівки, гоніометрія, міотонетрія, мануальне м'язове тестування, оцінювання ознак болю за шкалою Мак-Гілла – Мельзака, тестування рівня порушення функції нижньої кінцівки за шкалою FAS*, тестування рухових навичок за шкалою COVS**), методи математичної статистики.

*FAS (Functional Assessment System of Lower-Extremity Dysfunction) – шкала тестування рівня дисфункції нижньої кінцівки.

**COVS (Physiotherapy Clinical Outcome Variables) – шкала тестування рухових навичок

Наукова новизна одержаних результатів: вперше розроблено та науково обґрунтовано програму фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді. Програма відповідає сучасним методам оперативного втручання і передбачає диференційований підхід до вирішення рухових проблем пацієнтів.

Визначено шляхи індивідуалізації програми фізичної реабілітації відповідно до перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань та рівня рухових проблем осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.

Укладено і науково обґрунтовано зміст картки реабілітаційного обстеження осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що передбачає складання історії рухового порушення, огляд та застосування спеціальних вимірювань і тестів спрямованих на виявлення усіх можливих рухових проблем у жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.

Доповнено теоретичні відомості про особливості навчання рухових дій осіб похилого віку у лікарняному періоді після травм проксимального кінця стегнової кістки.

Практичне значення отриманих результатів. Застосування розробленої програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у травматолого-ортопедичному відділенні Комунальної 8-ї міської клінічної лікарні м. Львова дало можливість шляхом зменшення кількості ускладнень, покращення рухової активності пацієнтів та соціальної адаптації скоротити тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі на 7,8 ліжко-дня, що значно зменшило затрати на лікування.

Розроблена картка реабілітаційного обстеження осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки дозволяє фахівцям з фізичної реабілітації детально обстежувати пацієнтів з такою патологією, чітко виявляти їхні проблеми, встановлювати та коригувати довго- і короткотермінові завдання фізичної реабілітації.

Розроблені практичні рекомендації щодо індивідуалізації програми фізичної реабілітації сприяють підвищенню ефективності проведення занять з жінками похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що дозволяє скоротити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі.

Результати проведених досліджень використано у процесі викладання навчальної дисципліни „Фізична реабілітація при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату” та під час клінічної практики студентів факультету фізичної реабілітації і оздоровчої фізичної культури Львівського державного університету фізичної культури (акт від 14.02. 2007). Розроблену програму фізичної реабілітації жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки впроваджено у практику роботи травматологічних відділень Комунальної 8-ї міської клінічної лікарні м. Львова, Львівського госпіталю

ветеранів війни і репресованих ім. Юрія Липи, про що свідчать акти впровадження (від 14.02.2007).

Розроблена програма фізичної реабілітації може бути використана у навчальному процесі студентів спеціалізованих вищих навчальних закладів з курсу “Фізична реабілітація при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату” та у практичній діяльності закладів охорони здоров’я, а також для підготовки навчальних посібників, проведення семінарів та курсів з проблем фізичної реабілітації при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату.

Особистий внесок автора полягає у формулюванні ідеї, самостійній організації дослідження, аналізі змісту існуючих програм фізичної реабілітації, доборі методів дослідження, виконанні практичної частини дослідження у лікарні, у статистичній обробці й аналізі отриманих результатів, написанні розділів дисертації. Усі наукові публікації виконано одноосібно.

Апробація результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження було апробовано на міжнародних наукових конференціях „Молода спортивна наука України” (Львів, 2004–2006), Всеукраїнській науково-практичній конференції „Основні напрямки розвитку фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації в Україні” (Дніпропетровськ, 2004), Всеукраїнській науково-практичній конференції „Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту на сучасному етапі” (Чернігів, 2006). Матеріали дослідження обговорено на щорічних наукових конференціях професорсько-викладацького складу Львівського державного університету фізичної культури (2004–2006), засіданнях наукового гуртка аспірантів (2004–2006) та семінарах Львівської обласної асоціації фахівців фізичної реабілітації (2004–2006).

Публікації. За результатами дисертаційного дослідження опубліковано 6 статей у наукових фахових виданнях ВАК України та один методичний посібник «Фізична реабілітація осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки» Львів 2007.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, шести розділів, списку використаної літератури, додатків. Матеріали дисертаційної роботи викладено на 189 сторінках тексту, містять 17 таблиць та 20 рисунків. Перелік використаної літератури налічує 205 найменувань, з них – 33 іноземних авторів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми, визначено об’єкт, предмет, мету, завдання та методи дослідження, розкрито наукову новизну і практичне значення отриманих результатів, висвітлено особистий внесок автора, а також подано інформацію про апробацію результатів дослідження та публікації, описано структуру й обсяг дисертації.

У першому розділі „Сучасні погляди на фізичну реабілітацію жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки” проаналізовано та узагальнено науково-методичну літературу, яка стосується

фізіологічних особливостей осіб похилого віку, особливостей переломів проксимального кінця стегнової кістки та відомих на сьогодні підходів до фізичної реабілітації осіб похилого віку.

Аналіз спеціальної літератури показав, що зміст фізичної реабілітації осіб похилого віку після травм опорно-рухового апарату зумовлюють не лише наслідки основного захворювання, а й множинні ураження органів і систем, спричинені інволютивними змінами в організмі. Дослідження засвідчило, що адекватне застосування засобів фізичної реабілітації у лікарняному періоді дозволяє запобігати виникненню ускладнень, адаптувати організм до фізичних навантажень і досягати швидшого відновлення чи компенсації рухових навичок. Однак у літературі недостатньо висвітлено питання реабілітаційного обстеження осіб похилого віку з такою патологією та цілеспрямованого підбору засобів для вирішення рухових проблем. Також недостатньо обґрунтовано способи контролю та визначення ефективності реабілітаційного втручання. Поверхово розглядаються питання, що стосуються навчання рухових дій, зокрема різних видів переміщень, з урахуванням віку та особливостей травми.

У другому розділі „**Методи та організація дослідження**” подано характеристику застосованих наукових методів дослідження та обґрунтовано доцільність їх використання, описано етапи дослідження.

Організація дослідження передбачала три етапи.

На *першому етапі* (вересень – грудень 2003 р.) було проаналізовано праці вітчизняних і закордонних авторів і нормативні документи, що регламентують заняття лікувальної фізичної культури в умовах стаціонару. Це дозволило краще з'ясувати й окреслити досліджувану проблему. Було зібрано інформацію про рухову сферу та функціональні можливості жінок похилого віку після оперованого перелому проксимального кінця стегнової кістки і розроблено схему дослідження. Було освоєно параклінічні методи оцінки фізичного стану опорно-рухового апарату та розроблено картку реабілітаційного обстеження для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.

На *другому етапі* (грудень 2003 – серпень 2006 р.) було розроблено програму фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки та проведено практичну частину дослідження.

Дослідження здійснювали на базі травматолого-ортопедичного відділення Комунальної 8-ї міської клінічної лікарні м. Львова. У дослідженні взяли участь 72 жінки похилого віку з переломом проксимального кінця стегнової кістки. Їхній середній вік становив $68,79 \pm 0,73$ року. Усі пацієнтки були прооперовані з метою стабілізації проксимального кінця стегнової кістки. Після оперативного втручання жінкам було рекомендовано заняття з лікувальної фізичної культури та фізичної реабілітації.

Жінки похилого віку були поділені методом випадкової вибірки на основну групу (37 осіб) та групу порівняння (35 осіб). Вибір жінок похилого віку після

перелому проксимального кінця стегнової кістки в основну групу та групу порівняння відбувався в міру їх госпіталізації.

Усіх жінок основної групи та групи порівняння ми обстежували і фіксували результати у спеціально розробленій картці реабілітаційного обстеження. Програма лікувальної фізичної культури, за якою займалася група порівняння, не передбачала комплексного реабілітаційного обстеження.

На підставі аналізу отриманих результатів ми розробили план реабілітаційного втручання за програмою фізичної реабілітації для пацієнок основної групи, враховуючи індивідуальні потреби. Реабілітаційне втручання здійснювали у формі індивідуальних занять, починаючи з першого-другого дня після оперативного втручання.

Пацієнтки групи порівняння займалися лікувальною фізичною культурою. Інструктор лікувальної фізичної культури вищої категорії проводив індивідуальні заняття у формі лікувальної гімнастики. Заняття передбачали застосування комплексів фізичних вправ. Інструктор лікувальної фізичної культури також розпочинав заняття з першого-другого дня після оперативного втручання.

Через 10-12 днів проводили повторне комплексне реабілітаційне обстеження за розробленою картою реабілітаційного обстеження, що дозволяло визначити зміни показників у жінок основної групи та групи порівняння.

На *третьому етапі* (серпень – листопад 2006 р.) було здійснено аналіз результатів дослідження, перевірено ефективність упровадження розробленої програми фізичної реабілітації жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки шляхом порівняння та статистичного аналізу показників вихідного і підсумкового реабілітаційного обстеження осіб основної групи та групи порівняння. На цьому ж етапі було сформульовано загальні висновки, практичні рекомендації та оформлено текст дисертації.

У **третьому розділі „Комплексне реабілітаційне обстеження жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки”** подано вихідні значення показників реабілітаційного обстеження жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.

В основній групі (37 осіб) 10,8% пацієнок мали субкапітальні переломи, 21,6% – трансцервікальні, 24,3% – базальні, 32,4% – черезвертлюгові, 10,8% – підвертлюгові. У групі порівняння 11,4% пацієнок мали субкапітальні переломи, 20% – трансцервікальні, 22,8% – базальні, 34,2% – черезвертлюгові, 11,4% – підвертлюгові. Середній вік жінок в основній групі становив $68,54 \pm 6,82$ року, у групі порівняння – $69,05 \pm 5,69$ року при $p > 0,05$.

Результати оцінювання болю свідчили, що всі жінки основної групи та групи порівняння скаржилися на сильний біль у ділянці оперованого стегна, який визначали як кістковий або м'язовий. У ділянці попереку серед пацієнок основної групи біль відчували 20 осіб (54,05%), серед пацієнок групи

порівняння - 18 осіб (51,42%) ($p > 0,05$). Біль у ділянці попереку характеризували як кістковий, рідше - м'язовий, за інтенсивністю – помірний.

Середні показники обводу ураженої кінцівки у жінок основної групи та групи порівняння перевищували показники на здоровій кінцівці ($p < 0,05$). На рівні стегна середній показник був більший на $12,48 \pm 0,55\%$ у пацієток основної групи та на $13,03 \pm 0,41\%$ у пацієток групи порівняння ($p > 0,05$), на рівні гомілки – на $6,54 \pm 0,51\%$ та $6,26 \pm 0,43\%$ відповідно ($p > 0,05$), що свідчило про наявність набряків у пацієток обох груп.

Середні показники активної амплітуди руху у суглобах здорової нижньої кінцівки у пацієток основної групи і групи порівняння статистично не відрізнялися від показників вікової норми ($p > 0,05$).

Вимірювання активної амплітуди руху у суглобах ураженої кінцівки показало, що середні показники амплітуди згинання стегна у пацієнтів основної групи становили $15,1\%$ від вікової норми, а у пацієнтів групи порівняння $16,4\%$. Показники амплітуди згинання гомілки у пацієток основної групи становили $15,9\%$ від вікової норми, у пацієток групи порівняння – $18,2\%$. Амплітуда згинання стопи у пацієток основної групи становила $24,1\%$ від норми, у пацієток групи порівняння – $24,5\%$. Амплітуда розгинання стопи у пацієток основної групи становила 25% від показників норми, у пацієток групи порівняння – $31,2\%$. Такі дані свідчать про вірогідну відмінність вищезгаданих показників від показників вікової норми ($p < 0,05$). Лише показники амплітуди розгинання гомілки ураженої кінцівки у пацієток обох груп не відрізнялися від показників вікової норми ($p > 0,05$).

Середні показники мануального м'язового тестування згиначів стегна, розгиначів гомілки, згиначів стопи та розгиначів стопи здорової нижньої кінцівки у пацієток основної групи та групи порівняння істотно не відрізнялися між собою ($p > 0,05$). Середні бали м'язового тестування ураженої кінцівки пацієнтів основної групи і групи порівняння статистично не різнилися, однак були достовірно меншими від показників м'язового тестування здорової кінцівки. Зокрема, середні показники мануального м'язового тестування згиначів стегна ураженої кінцівки у пацієток основної групи становили $38,5\%$ від показників здорової кінцівки, а у пацієток групи порівняння – $40,2\%$. Середні показники мануального м'язового тестування розгиначів гомілки у пацієток основної групи становили $32,2\%$, у пацієток групи порівняння – $36,5\%$, згиначів та розгиначів стопи – $41,4$ і $39,9\%$ у пацієток основної групи та $40,7$ і $37,3\%$ відповідно у пацієток групи порівняння.

Показники мануального м'язового тестування згиначів плеча, відвідних та привідних м'язів плеча, згиначів та розгиначів передпліччя верхніх кінцівок у пацієток основної групи і групи порівняння істотно не відрізнялися між собою ($p > 0,05$). Також не спостерігалось істотної різниці між показниками лівої та правої кінцівок у пацієток обох груп.

Отримані дані міотометрії засвідчили, що у пацієток основної групи та групи порівняння середні показники амплітуди тонуусу чотириголового м'яза

стегна ураженої кінцівки були статистично нижчими, ніж показники здорової кінцівки, унаслідок підвищеного тону спокую, зниженого тону напруження та недостатнього розслаблення. Зокрема, амплітуда тону чотириголового м'яза стегна ураженої кінцівки у пацієток основної групи становила 15,7% від показника здорової кінцівки, а у пацієток групи порівняння – 15,1%.

Профіль дисфункції ураженої кінцівки за шкалою FAS свідчить про відсутність різниці між показниками пацієток основної групи і групи порівняння та істотні відхилення від норми таких показників, як амплітуда згинання, розгинання, відведення, приведення стегна та згинання гомілки. Також пацієтки не могли виконати таких рухових дій, як підйом з положення сидячи та ходьба. Сила чотириголового м'яза ураженої кінцівки була істотно зниженою, а біль у ділянці стегна пацієтки описували як постійний, що свідчить про повне порушення функції травмованої кінцівки.

Тестування рухових навичок за шкалою COVS показало, що середні сумарні бали в осіб основної групи і групи порівняння істотно не відрізнялися і становили $24,54 \pm 0,29$ та $24,31 \pm 0,21$ відповідно ($p > 0,05$), однак ці показники були статистично нижчими від показників норми.

Аналіз результатів вихідного комплексного реабілітаційного обстеження показав, що основна група та група порівняння за досліджуваними показниками були однорідними до початку реабілітаційного втручання.

У четвертому розділі „Обґрунтування програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки” подано розроблену автором програму фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді.

Авторська програма фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки містила такі складові: реабілітаційне обстеження для визначення рухових проблем, прогнозування результатів реабілітаційного втручання, планування реабілітаційного втручання, виконання реабілітаційного втручання та оцінювання його результатів.

Особливістю розробленої програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку є те, що вона базується на результатах детального обстеження, здійснюваного за картою реабілітаційного обстеження, зміст якої дозволяє виявити всі можливі рухові порушення та обмеження у жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки і шляхом аналізу отриманих результатів визначити рухові проблеми та їх походження.

Реабілітаційне обстеження передбачало: складання історії рухового порушення (збір загальної інформації про пацієнта, основний клінічний діагноз, супутні захворювання, причини виникнення травми, вид оперативного втручання, рівень рухової активності до травми); огляд відповідних систем організму (положення пацієнта, стан шкірних покривів, обсяг та стан післяопераційного рубця), спеціальні вимірювання і тести (шкала болю,

гоніометрія, міотонометрія, вимірювання обводу кінцівки, мануальне м'язове тестування, шкала тестування рухових навичок COVS, шкала тестування рівня дисфункції нижньої кінцівки FAS).

Висновки реабілітаційного обстеження дозволяли спрогнозувати можливі результати втручання та визначити стратегію роботи. Планування реабілітаційного втручання було цільовим і спрямованим на вирішення конкретних проблем. Воно передбачало: визначення завдань; підбір методів і засобів фізичної реабілітації; визначення графіка та форми проведення занять.

Завдання фізичної реабілітації визначали залежно від проблем, що були виявлені в результаті реабілітаційного обстеження.

Зважаючи на імовірність виникнення ранніх післяопераційних ускладнень, зокрема утворення відлежин, розвитку застійних пневмоній унаслідок перебування травмованої особи у вимушеному положенні, завданням фізичної реабілітації визначали їх профілактику.

Завданням фізичної реабілітації жінок похилого віку після оперованого перелому проксимального кінця стегнової кістки була профілактика виникнення загострень супутніх захворювань. Детальний аналіз та зіставлення проявів і симптомів супутніх захворювань дозволяли передбачати можливі ускладнення та запобігати їх виникненню.

Ще одним завданням фізичної реабілітації цього контингенту пацієнтів було зменшення болю. Для цього шляхом аналізу результатів оцінки болю виявляли його локалізацію, ступінь і причини виникнення.

Для виявлення набряку чи атрофії у певній ділянці тіла вимірювали обвід сегментів кінцівки. Важливим завданням фізичної реабілітації у жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки було зменшення набряку, що виникав у ділянці стегна та прилеглих сегментах.

Шляхом вимірювання амплітуди руху визначали наявність обмеження руху. Якщо результат вимірювання амплітуди руху свідчив про наявність контрактури, завданням фізичної реабілітації визначали збільшення амплітуди руху. Якщо обмеження руху виявлено не було, вдавалися до профілактики виникнення контрактур.

У разі встановлення низького показника амплітуди тонусу під час міотонометрії у процесі фізичної реабілітації намагалися збільшити амплітуду тонусу. Цього досягали шляхом збільшення тонусу напруження чотириголового м'яза стегна та зниження тонусу розслаблення.

За результатами мануального м'язового тестування визначали спрямованість процесу фізичної реабілітації щодо сили м'язів. Якщо показник мануального м'язового тестування перебував у межах норми (4 або 5 балів за шестибальною шкалою), то завданням реабілітаційного втручання визначали підтримання сили м'язів, оскільки під час іммобілізації вона може знижуватися. Якщо ж показник м'язового тестування був нижчим, як чотири бали, то завдання фізичної реабілітації полягало у збільшенні сили м'язів.

Паралельно з вирішенням згаданих вище завдань фізичної реабілітації з перших днів після оперативного втручання потрібно розпочинати навчання рухових дій, необхідних для самообслуговування.

Завдання фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки повинні бути конкретними, посильними і визначеними в часі. Підбір засобів фізичної реабілітації зумовлюють завдання реабілітаційного втручання, період застосування та рухова активність пацієнтки.

Фізична реабілітація жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді у нашій програмі передбачала застосування фізичних вправ як основного засобу фізичної реабілітації. Підібрані засоби відповідали завданням, забезпечували найкоротший шлях до їх досягнення, відповідали індивідуальним особливостям жінок похилого віку, рівню їхньої фізичної підготовленості, враховували специфіку травми і лікування, умови проведення і наявне матеріальне забезпечення.

Відповідно до розробленої програми фізичної реабілітації з жінками похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки проводилися щоденні індивідуальні заняття.

Важливим етапом процесу фізичної реабілітації були самостійні заняття, які здійснювалися за нашими рекомендаціями. Рекомендації надавалися у письмовій формі та передбачали індивідуально підібрані вправи які були відомі пацієнткам, прості і безпечні у виконанні та відповідно дозовані.

Реабілітаційне втручання передбачало пряме втручання та інструктаж родичів і опікунів. Під час реабілітаційного втручання ми могли приймати рішення щодо модифікації вправ, зміни вихідних положень, регулювання дозувань навантажень. У разі виявлення нераціонального підбору засобів або помилок у визначенні порушень вдавалися до додаткового обстеження.

Систематичний контроль дозволяв оцінити реалізацію програми, вчасно вносити зміни та корективи у дозування вправ, їх послідовність та інтервали відпочинку. Оцінювання результатів реабілітаційного втручання передбачало не лише контроль за зміною показників, а й визначення факторів, що впливали на їх зміну. Оперативний контроль здійснювали шляхом спостереження за зовнішніми ознаками і вимірювання частоти серцевих скорочень та артеріального тиску. Під час поточного контролю у жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки оцінювали такі показники, як біль (інтенсивність і динаміка), обсяг набряку, амплітуда руху у суглобах, рівень володіння руховими навичками. Етапний контроль здійснювали згідно з розробленою картою реабілітаційного обстеження для визначення ефективності впровадження розробленої програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.

Розроблена програма фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки передбачала постійний зв'язок між плануванням, втручанням і контролем.

У п'ятому розділі „Результати впровадження програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки” подано результати підсумкового комплексного реабілітаційного обстеження, яке проводили на 10-12-й день після початку курсу реабілітації.

Оцінювання болю показало, що біль у ділянці оперованого стегна вірогідно зменшився у пацієток обох груп. На біль у ділянці оперованого стегна під час навантаження скаржилися 21,60% пацієток основної групи та 45,71% пацієток групи порівняння. Однак середній відсоток жінок, що скаржилися на біль у попереку, в основній групі становив 59,40%, у групі порівняння – 68,57%. Біль у спині у пацієток цієї категорії посилювався внаслідок тривалого перебування у горизонтальному положенні.

Результати вимірювання обводу сегментів для визначення обсягу набряку показали позитивну динаміку у пацієток обох груп, однак набряки на рівні стегна і гомілки під час другого обстеження, у пацієток основної групи були вірогідно меншими та більш наближеними до належних значень, ніж у пацієток групи порівняння ($p < 0,05$) (рис. 1).



Рис. 1. Зміна показників обводу сегментів у пацієток основної групи та групи порівняння (у відсотках)

Під час підсумкового обстеження у пацієток основної групи та групи порівняння показники гоніометрії у суглобах здорової нижньої кінцівки статистично не різнилися між собою за всіма вимірюваннями ($p > 0,05$). Порівняльний аналіз показників підсумкового тестування амплітуди руху у суглобах ураженої кінцівки показав, що показники амплітуди згинання стегна, згинання гомілки, згинання і розгинання стопи у пацієток основної групи є статистично більшими, ніж у пацієток групи порівняння ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Підсумкові показники активної амплітуди руху у суглобах нижніх кінцівок у пацієток основної групи (n = 37) та групи порівняння (n = 35)

Назва руху	Здорова кінцівка		P	Уражена кінцівка		P
	Основна група M±m	Група порівняння M±m		Основна група M±m	Група порівняння M±m	
Згинання стегна	90,59 ±0,15	90,34 ±0,12	>0,05	89,97 ±0,08	45,80 ±1,17	<0,05
Згинання гомілки	113,03 ±1,85	114,45 ±1,29	>0,05	96,02 ±1,48	56,34 ±1,40	<0,05
Розгинання гомілки	0,00	0,00	>0,05	0,00	-0,57 ±0,28	<0,05
Згинання стопи	28,21 ±1,20	26,40 ±0,98	>0,05	23,75 ±1,41	14,57 ±0,53	<0,05
Розгинання стопи	14,72 ±0,60	14,65 ±0,50	>0,05	12,75 ±0,64	8,0 ±0,51	<0,05

Порівняно з показниками вікової норми середні показники амплітуди згинання стегна, згинання гомілки, розгинання стопи ураженої кінцівки у пацієток основної групи перебували в межах вікової норми ($p > 0,05$), середній показник згинання стопи також достовірно не відрізнявся від норми ($p < 0,001$), що свідчить про відновлення амплітуди рухів у суглобах ураженої кінцівки. Середні показники амплітуди згинання стегна, згинання гомілки, згинання і розгинання стопи ураженої кінцівки у пацієток групи порівняння були статистично нижчими від показників вікової норми ($p < 0,05$). Показники амплітуди розгинання гомілки у пацієток основної групи та групи порівняння істотно не відрізнялися між собою та не відхилялися від показників вікової норми.

Середні показники мануального м'язового тестування верхніх кінцівок за всіма тестованими групами м'язів під час другого тестування свідчать, що у пацієток основної групи показники істотно не відрізнялися від показників пацієток групи порівняння ($p > 0,05$).

Підсумкові показники мануального м'язового тестування нижніх кінцівок показали, що середні бали тестування згиначів стегна, розгиначів гомілки, згиначів і розгиначів стопи здорової кінцівки у пацієток обох груп статистично не відрізнялися між собою ($p > 0,05$). Результати мануального м'язового тестування ураженої кінцівки у пацієток основної групи були статистично вищими ніж показники пацієток групи порівняння, однак вищезгадані показники були достовірно гіршими, ніж відповідні показники здорової кінцівки (табл.2).

Таблиця 2

Показники підсумкового мануального м'язового тестування нижніх кінцівок у пацієток основної групи (n = 37) та групи порівняння (n = 35)

Назва руху	Здорова кінцівка		P	Уражена кінцівка		P
	Основна група M±m	Група порівняння M±m		Основна група M±m	Група порівняння M±m	
Згиначі стегна	4,97 ±0,02	4,85 ±0,06	>0,05	3,00 ±0,00	2,05 ±0,03	<0,05
Розгиначі гомілки	4,94 ±0,03	4,74 ±0,07	>0,05	2,91 ±0,04	2,05 ±0,05	<0,05
Згиначі стопи	4,97 ±0,02	4,97 ±0,02	>0,05	3,00 ±0,00	2,65 ±0,08	<0,05
Розгиначі стопи	4,97 ±0,02	4,94 ±0,03	>0,05	2,94 ±0,03	2,40 ±0,08	<0,05

Результати міотонометрії свідчать, що у пацієток основної групи амплітуда тону су чотириголового м'яза стегна ураженої кінцівки на 20,3% є більшою від показника у пацієток групи порівняння ($p < 0,05$). Порівняльний аналіз показників ураженої і здорової кінцівки показав, що показники ураженої кінцівки є статистично меншими і становлять у пацієток основної групи 51,2%, групи порівняння – 30,2% ($p < 0,05$).

Результати тестування за шкалою COVS свідчать про позитивні зміни у пацієток обох груп (рис.2).

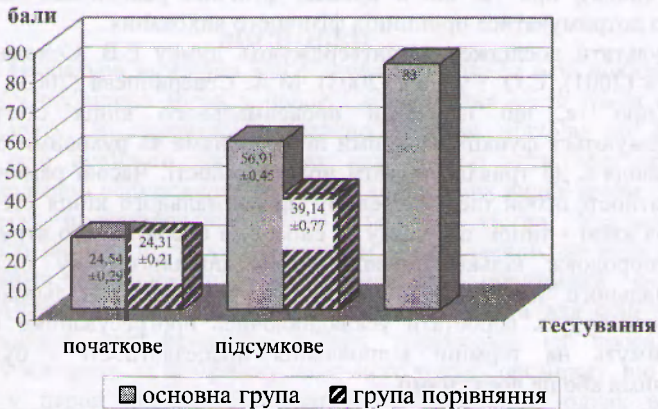


Рис. 2. Зміна сумарних показників тестування рухових навичок у пацієток основної групи та групи порівняння за шкалою COVS (у балах)

Отримані показники підсумкового тестування рухових навичок за шкалою COVS в осіб основної групи і групи порівняння статистично нижчі від показників норми ($p < 0,05$), однак в осіб, які займалися за нашою програмою фізичної реабілітації, вони були вірогідно вищими, ніж у осіб групи порівняння ($p < 0,05$)

Аналіз профілю рухових порушень ураженої кінцівки на 10-12-й день після оперативного втручання засвідчив, що рухова активність ураженої кінцівки у пацієток обох груп була обмеженою. Обмеження частково спричинені порушеннями, а також протипоказаннями до навантажень. Однак відхилення від норми у пацієток основної групи є меншими, зокрема за такими показниками: згинання стегна, ходьба та ступінь болю.

Таким чином, отримані результати свідчать про більшу ефективність розробленої програми фізичної реабілітації порівняно з наявними програмами.

У шостому розділі „Аналіз та узагальнення результатів дослідження” представлено три групи отриманих результатів: підтвердні результати, результати, які доповнюють наявні розробки, та нові відомості з досліджуваної проблеми.

Підтверджено дані, що проводячи заходи фізичної реабілітації з особами похилого віку, необхідно враховувати вікові зміни в організмі (Поворознюк В.В., 1997; Бутенко Г.А., 2002; Агаджанян Н.А., 2003; Величко Н.Н., 2005), оскільки інволютивні зміни у кістковій, м'язовій, нервовій та сенсорній системах є важливою детермінантою при фізичних навантаженнях. Зміни у серцево-судинній і дихальній системах потребують чіткого дозування фізичних навантажень та контролю за реакцією організму.

Результати дослідження підтверджують міркування В.В. Клапчука (1995), Г.Л. Апанасенко (2004), С.Н. Попової (2004), В.А. Епіфанова (2005), В.М. Мухіна (2005), про те, що в процесі фізичної реабілітації на всіх етапах потрібно дотримуватися принципів фізичного виховання.

Результати дослідження підтверджують думку Е.В. Солода (2001), А.В. Самохіна (2001), С.О. Гур'єва (2003), М.А. Северинцева (2003), Д.Д. Бітчука (2004) про те, що переломи проксимального кінця стегнової кістки супроводжуються функціональними порушеннями та руховими обмеженнями, які призводять до тривалої втрати працездатності. Часові рамки відновлення працездатності особи після перелому проксимального кінця стегнової кістки тісно пов'язані з типом перелому та способом оперативного втручання, однак, якщо впродовж кількох місяців особа похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки не буде мобільною, то рухові порушення будуть наростати ускладнюючись прогресуванням вікових змін, впливатимуть на терміни відновлення працездатності і будуть істотно віддаленими або не досяжними.

Підтверджено, що ефективність фізичної реабілітації жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки залежить від правильного і своєчасного визначення рухових проблем та адекватного підбору

методів і засобів фізичної реабілітації (Белова О.Н., 1998; Мілюкова І.В., 2003; Романенко В.А., 2005; Мухін В.М., 2005).

Доповнено відомості про найпоширеніші рухові порушення та обмеження, що виникають у жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, та їхні зміни під впливом фізичних навантажень (Кулаженко Е.В., 2000; Форосенко В.С., 2004; Смірнова І.В., 2005).

Доповнено відомості про специфіку навчання рухових дій осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки (Крижановський Я.И., 1996; Власенко В.Г., 1999). Запропоновано способи виконання переміщень та їхню послідовність, які враховують протипоказання у лікарняному періоді для цього контингенту пацієнтів та їхні вікові особливості.

Уперше розроблено програму фізичної реабілітації для осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що відповідає сучасним методам оперативного втручання і передбачає диференційований підхід до вирішення рухових проблем. Обґрунтовано послідовність здійснення заходів реабілітаційного процесу, що передбачає реабілітаційне обстеження для визначення функціональних порушень та обмежень, прогнозування результатів реабілітаційного втручання, планування втручання і його виконання, оцінювання та корекцію програми.

Результати дослідження засвідчили ефективність упровадження розробленої програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що дає підставу рекомендувати її до застосування в умовах стаціонару.

Перспективи подальшого дослідження вбачаємо у розробці програм фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у післялікарняному періоді, а також для осіб різного віку і статі.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літератури засвідчив, що фізична реабілітація осіб похилого віку посідає одне з провідних місць у процесі відновлення після травм опорно-рухового апарату. У літературі окреслено загальні підходи до фізичної реабілітації осіб похилого віку, однак недостатньо висвітлені проблеми фізичної реабілітації осіб похилого віку при конкретних видах травм, зокрема при переломах проксимального кінця стегнової кістки. Узагальнюючи рекомендації та вимоги до створення програм, ми визначили, що вони повинні бути цільовими, комплексними та відповідати принципам фізичного виховання. Аналіз наявних програм фізичної реабілітації для осіб з такою травмою свідчить, що більшість з них спрямовані на профілактику виникнення ускладнень та підтримку загального тону організму, що є вкрай необхідним у перші дні після оперативного втручання, однак вони не передбачають визначення вихідного рівня рухових проблем і вирішення їх з

урахуванням індивідуальних особливостей конкретної особи та способів контролю за їхньою ефективністю.

2. Під час первинного обстеження, яке здійснювалося за розробленою карткою реабілітаційного обстеження і було спрямоване на визначення вихідного рівня рухових можливостей, ми виявили, що у жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки спостерігалися рухові порушення, спричинені наявністю болю та набряку в оперованій кінцівці, обмеженням амплітуди рухів у всіх суглобах ураженої кінцівки, зниженням м'язової сили та зменшенням амплітуди тонусу чотириголового м'яза. Профіль рухових порушень ураженої кінцівки за шкалою FAS свідчить про відхилення від норми показників її нормального функціонування. Зокрема надходили скарги на постійний біль у ділянці оперованого стегна, обмеження амплітуди згинання, розгинання, відведення, приведення стегна та згинання гомілки, зниження сили чотириголового м'яза ураженої кінцівки. Результати тестування рухових навичок показують, що жінки похилого віку після оперативного втручання мають низький рівень володіння ними і є цілком залежними від сторонньої допомоги.

3. Розроблена програма фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що базується на результатах реабілітаційного обстеження передбачає оцінку структур м'язово-скелетної системи та тестування рухових навичок, дала можливість оцінити рівень рухових порушень, визначити прогноз результатів реабілітаційного втручання, спланувати реабілітаційне втручання, враховуючи індивідуальні особливості особи, здійснювати оцінку його результатів та коригувати програму відповідно до потреб пацієнта.

4. Результати обстеження наприкінці курсу фізичної реабілітації показали, що біль у ділянці оперованого стегна достовірно зменшився у пацієнток обох груп. набряк в ураженій кінцівці зменшився у пацієнток обох груп, однак у пацієнток основної групи результати були достовірно кращими, ніж у пацієнток групи порівняння, і становили на рівні стегна відповідно $1,23 \pm 0,2\%$ і $6,67 \pm 0,37\%$, на рівні гомілки – $0,12 \pm 0,08\%$ і $2,24 \pm 0,26\%$. Показники амплітуди рухів у суглобах ураженої кінцівки обох груп вірогідно покращилися, однак у жінок основної групи ці показники були істотно вищими, зокрема амплітуда згинання стегна – на 50,90%, згинання гомілки – на 58,67%, згинання стопи – на 61,34%, розгинання стопи – на 62,74%. Результати тестування сили м'язів верхніх кінцівок свідчать про те, що у пацієнток обох груп не відбулося вірогідних змін за час післяопераційного відновлення. Показники мануального м'язового тестування ураженої кінцівки у пацієнтів основної групи були статистично вищими, ніж показники пацієнток групи порівняння, однак достовірно нижчими від показників здорової кінцівки. Амплітуда тонусу чотириголового м'яза стегна ураженої кінцівки у пацієнток основної групи на 59,73% більша, ніж у пацієнток групи порівняння. Рухова активність ураженої кінцівки у пацієнток обох груп є

обмеженою, однак відхилення від норми у пацієнок основної групи є меншими, зокрема за такими показниками: згинання стегна, ходьба, ступінь болю.

5. Доведено, що впровадження програми фізичної реабілітації після перелому проксимального кінця стегнової кістки позитивно вплинуло на загальний фізичний стан жінок похилого віку, що підтверджують результати тестування рухових навичок. Досліджувані показники в основній групі були вірогідно вищими, ніж у групі порівняння, завдяки виконанню таких дій, як ходьба, ходьба на швидкість та витривалість.

6. Проведені дослідження показують, що авторська програма фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки дозволяє прицільно впливати на вирішення рухових проблем, враховуючи індивідуальні особливості кожної пацієнтки, що сприяє швидшому відновленню рухової активності. Свідченням ефективності впливу розробленої програми фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки є, зокрема, середня тривалість перебування у стаціонарі, яка у пацієнок основної групи становила $14,18 \pm 0,46$, а у пацієнок групи порівняння $22,6 \pm 1,29$ ліжко-дня, що в середньому на 7,8 дня менше.

7. Розроблені практичні рекомендації для фахівців фізичної реабілітації сприятимуть індивідуалізації процесу фізичної реабілітації та підвищенню ефективності проведення занять із жінками похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що дозволить скоротити терміни перебування пацієнок у лікарні.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Дідух Г.В. Фізична реабілітація осіб похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки: Метод. посіб. – Л.: ПП Сорока Т.Б., 2007. – 92 с.

2. Дідух Г.В. Вимірювання амплітуди рухів у людей з травмами опорно-рухового апарату // Молода спортивна наука України: Зб. наук. Пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2004. – Вип. 8. – Т. 2. – С. 108-112.

3. Дідух Г.В. Особливості функціонування організму жінок похилого віку // Теорія і практика фізичного виховання. – 2004. – №3. – С. 255-258.

4. Дідух Г.В. Методика лікувальної фізичної культури для жінок похилого віку після оперованого перелому шийки стегнової кістки за аналізом літературних джерел // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2005. – Вип. 9. – Т. 2. – С. 24-28.

5. Дідух Г.В. Визначення рівня основних рухових навичок жінок похилого віку після оперованого перелому шийки стегнової кістки // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2006. Вип. 10. – Т. 4. – С. 225-229.



6. Дідух Г.В. Реабілітаційне обстеження жінок похилого віку після оперованого перелому проксимального кінця стегнової кістки // Теорія і практика фізичного виховання. – 2006. – №1-2. – С. 353-360.

7. Дідух Г.В. Програма фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки // Молода спортивна наука України: Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2007. Вип.11. – Т. 2. – С. 82-86.

АНОТАЦІЇ

Дідух Галина Володимирівна. Фізична реабілітація жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація; Львівський державний університет фізичної культури, Львів, 2007 рік.

Дисертація присвячена проблемі фізичної реабілітації жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація осіб похилого віку з травматичними пошкодженнями опорно-рухового апарату. Предмет дослідження – засоби і методи фізичної реабілітації жінок похилого віку з переломами проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді. Мета дослідження – розробити та апробувати програму фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді.

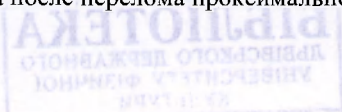
Наукова новизна полягає в тому, що вперше розроблено та науково обгрунтовано програму фізичної реабілітації для жінок похилого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді, визначено шляхи її індивідуалізації відповідно до перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань та рівня рухових проблем осіб похилого віку та впроваджено у роботу закладів охорони здоров'я м. Львова.

Ключові слова: фізична реабілітація, проксимальний кінець стегнової кістки, програма фізичної реабілітації, фізичні вправи, жінки похилого віку.

Дідух Галина Владимировна. Физическая реабилитация женщины пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – физическая реабилитация; Львовский государственный университет физической культуры, Львов, 2007 год.

Диссертация посвящена проблеме физической реабилитации женщины пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости.



Объект исследования – физическая реабилитация лиц пожилого возраста с травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Предмет исследования – средства и методы физической реабилитации женщин пожилого возраста с переломами проксимального конца бедренной кости в больничном периоде.

Цель исследования – разработать и апробировать программу физической реабилитации для женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости в больничном периоде.

Научная новизна работы состоит в том, что впервые разработана и научно обоснована программа физической реабилитации для женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости.

В первом разделе «Современные взгляды на физическую реабилитацию женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости» проанализирована и обобщена научно-методическая литература, которая касается физиологических особенностей лиц пожилого возраста, особенностей переломов проксимального отдела бедра и известных на сегодня подходов к физической реабилитации лиц пожилого возраста.

Во втором разделе «Методы и организация исследования» содержится информация об использовании методов исследования, организации и проведении исследования.

В третьем разделе «Комплексное реабилитационное обследование женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости» представлены показатели исходного реабилитационного обследования и дана их характеристика.

В четвертом разделе «Обоснование программы физической реабилитации для женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости» представлена разработанная программа физической реабилитации для женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости, которая предусматривает такие составные: реабилитационное обследование для определения двигательных проблем, прогнозирование результатов, планирование реабилитационного мероприятия его выполнение и оценка результатов.

Особенность программы заключается в том, что она базируется на результатах реабилитационного обследования, содержание которого позволяет определить возможные двигательные нарушения и причины их возникновения. В зависимости от результатов реабилитационного обследования составляется стратегия работы. Выбор средств и методов физической реабилитации осуществляется в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

В пятом разделе «Результаты внедрения программы физической реабилитации для женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости» научно обосновываются показатели заключительного реабилитационного обследования женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости.

В шестом разделе «Анализ и обобщение результатов исследования» дана характеристика трех групп данных.

Применение программы физической реабилитации для женщин пожилого возраста после перелома проксимального конца бедренной кости, положительно повлияло на улучшение двигательных возможностей пациентов и на общий результат реабилитации и способствовало сокращению пребывания в больнице на 7,8 дней.

Ключевые слова: физическая реабилитация, проксимальный конец бедренной кости, программа физической реабилитации, физические упражнения, женщины пожилого возраста.

Didukh Halyna Volodymyrivna. Physical rehabilitation for women of elderly age after fractures of a proximal end of a femur. – Manuscript.

A thesis for Candidate Degree in Physical Education and Sport in speciality 24.00.03 – Physical rehabilitation; Lviv State University of Physical Culture, Lviv, 2007.

The subject of research – physical rehabilitation of elderly people with orthopedic injuries. The object of research – means and methods of physical rehabilitation of women of elderly age with fractures of a proximal end of a femur in hospital period. The purpose of research – to develop and approve a program of physical rehabilitation for women of elderly age after fractures of a proximal end of a femur in hospital period.

Scientific novelty lies in the fact that for the first time a program of physical rehabilitation for women of elderly age after fractures of a proximal end of a femur in hospital period has been developed and scientifically proved, ways of its individualization according to the course of disease and availability of concomitant diseases, as well as level of locomotor problems of elderly people have been determined and introduced into Lviv health establishments' work.

Key words: physical rehabilitation, proximal end of a femur, program of physical rehabilitation, physical exercises, women of elderly age.