

більше у порівнянні з фоновим обстеженням.

Середня кількість набраних балів розділу «Самопочуття» та «Психоемоційного тла» у фоновому обстеженні пацієнтів групи ПГ становила  $15,8 \pm 1,13$  та  $14,5 \pm 1,6$  відповідно, що суттєво не відрізняється від аналогічних даних в групі ЕГ. Водночас, підсумковий загальний бал розділу «Самопочуття» у досліджуваних групи ПГ був достовірно меншим за фоновий показник і становив  $14,6 \pm 2,1$  ( $p < 0,05$ ). Зокрема, кількість скарг на частий і періодичний кашель та запаморочення збільшилась відповідно на 22,2% та 55,5% у порівнянні з передопераційним періодом; на задишку скаржились 66,6% опитаних. Загальна кількість набраних балів за розділ «Психоемоційне тло» обстежених групи ПГ становила  $16,2 \pm 1,3$ , що достовірно більше у порівнянні з фоновим обстеженням ( $p < 0,05$ ). Таким чином, рівень самопочуття та психоемоційного тла у пацієнтів, які не проходили курс фізичної реабілітації, були нижчими, ніж у пацієнтів, які його проходили.

*Висновки:*

1. Самопочуття та психоемоційне тло у хворих на рак легень знижені, що обумовлене впливом захворювання на фізичний і функціональний стан пацієнта та психічними переживаннями щодо подальшого прогнозу захворювання.
2. Фізична реабілітація позитивно впливає на самопочуття та покращує психоемоційне тло хворих, прооперованих з приводу раку легень.

## ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З МІОГЕННИМИ КОНТРАКТУРАМИ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ГОМІЛКИ

ОКСАНА ГОРЕЦЬКА

*Львівський державний інститут фізичної культури*

*Актуальність.* Щорічно в Україні ушкодження опорно-рухового апарату отримують близько 5000 чоловік серед них 15% складають переломи кісток гомілки (Г. С. Юнашев, К. А. Епифанов., 1983; А. А. Корж зі співавт., 1995).

Основним методом лікування переломів кісток гомілки є накладання гіпсової пов'язки, що у значній кількості випадків призводить до появи функціональних і морфологічних змін в м'язах та розвитку контрактур іммобілізованих суглобів (А. А. Корж зі співавт., 1995).

Одним із основних засобів відновлення функціональної можливості постіммобілізованої кінцівки після перелому кісток гомілки є фізична реабілітація. Поряд з цим, аналіз існуючих методик фізичної реабілітації, врахування основних принципів та сучасних досягнень фізичної реабілітації, дасть змогу покращити реабілітаційний процес осіб з міогенними контрактурами після перелому кісток гомілки.

*Мета дослідження:* узагальнити дані науково-методичної літератури з

питань використання методик фізичної реабілітації осіб з міогенними контрактурами після переломів кісток гомілки.

*Результати дослідження.* Аналіз науково-методичної літератури дав змогу виділити основні засоби фізичної реабілітації, які застосовують для відновлення функціонального стану постімобілізованої кінцівки після перелому кісток гомілки. Зокрема, найчастіше рекомендується застосовувати класичний масаж, постізометричну релаксацію, мануальну терапію, пасивні та активні вправи.

Позитивний вплив масажу на відновлення контрактураних суглобів доведено багатьма авторами (Кунічев Л. А., 1990; Бірюков А. А., 1995 та ін.). Штеренгері А. Е., Белая Н. А., 1994). Так, для зниження тону м'язів при згинальних міогенних контрактурах рекомендується багаторазове застосування короткотривалих прийомів масажу – вібраційні рухи.

Васічкін В. М., 2001 при міогенних контрактурах нижніх кінцівок пропонує застосовувати сегментарний масаж паравертебральних зон  $S_{v-1}$ ,  $L_{v-1}$ ,  $D_{xii-x}$ . Окрім того, рекомендується виконувати відсмоктуючий масаж нижніх кінцівок з глибоким масажем кожного суглобу, струшування окремих груп м'язів, застосовувати пасивні і активні рухи. Закінчувати масаж слід загальним погладжуванням й струшуванням всієї кінцівки.

Постізометрична релаксація (ПІР) у фізичній реабілітації осіб з міогенними контрактурами після перелому кісток гомілки застосовується не лише з метою ліквідації м'язових контрактур, але й для лікування м'язово-функціонального болю. Техніка виконання ПІР полягає в 5-7-секундній протидії пацієнтом спробі реабілітолога виконати рух для розтягнення тих груп м'язів, які необхідно розслабити. Потім за командою пацієнт припиняє опір і реабілітолог продовжує рух (7-10 повторень) (А. И. Белова, 2000; Г. Окамотто, 2002).

Методика мануальної терапії базується на застосуванні м'яких коливальних, пасивних рухів у суглобах, що спрямовані на ліквідацію болю та опору, які виникають під час виконання рухів великої та малої амплітуди. Г. Окамотто, 2002 рекомендує проведення мобілізації за 4-ма ступенями, які можуть бути розміщені у рамках амплітуди фізіологічного руху або амплітуди допоміжного руху. У кожному ступені мобілізації, трьома підходами виконують коливальні рухи тривалістю 15-30 сек. з 10-30-секундною паузою між підходами.

Качоровська О. В., 1956 вважає, що важливим фактором комплексного лікування постімобілізаційних міогенних контрактур є застосування лікувальної фізичної культури (ЛФК). Автор рекомендує застосовувати активні вправи для швидшого відновлення функціональних можливостей кінцівки. Після використання активних вправ рекомендується застосування пасивних вправ і механотерапії з метою збільшення амплітуди рухів у суглобах та розтягування вкорочених м'язів. Рекомендується також не обмежуватися вправами лише для уражених м'язів і суглобів пошкодженої кінцівки, але й включати на заняттях з фізичної реабілітації вправи для всіх м'язів і суглобів.

Так, Попова С.Н., 2004 пропонує поряд із загально розвиваючими

вправами для всіх груп м'язів, на заняттях з фізичної реабілітації, виконувати спеціальні вправи та вправи з предметами. Зокрема, доцільно застосовувати активні рухи пальцями стопи, наприклад, захоплення дрібних предметів, їх утримання, рухи стопою, плантарне і дорсальне згинання, супінація і пронація, перекочування ногою тенісного м'ячика тощо.

Поряд з загальноприйнятими засобами фізичної реабілітації осіб з міогенними контрактурами, розробляються нові методики нормалізуючого впливу на функціональний стан м'язів, застосування яких сприяло б швидшому відновленню рухливості постімобілізованої кінцівки після перелому кісток гомілки. Зокрема, науковцями (О. Кузнецов, Б. Кузнецова, 1987; А. Асенова, 2002; М. Бюлер, Х. Шайдхауер, 2003) були проведені дослідження з вивчення позитивного впливу застосування глибокого масажу тригерних точок на нормалізацію тону м'язів. Перед впливом на тригерні точки рекомендується використовувати наступні прийоми класичного масажу в ураженій ділянці: мануальна ішемічна компресія тригерної точки, локальний мануальний розтяг, розтяг фасції, мануальний розтяг міжм'язових проміжків, терапевтичний специфічний розтяг м'язів та специфічні вправи (М. Бюлер, Х. Шайдхауер, 2003).

*Висновок.* Комплексне індивідуалізоване застосування глибокого масажу тригерних точок та загальноприйнятих засобів фізичної реабілітації сприятиме швидшому та ефективнішому відновленню функціонального стану постімобілізаційної кінцівки після перелому кісток гомілки.

## ПЕРЕМІЩЕННЯ ОСІБ З ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

ЄЛИЗАВЕТА ПЛЮГА

*Львівський державний інститут фізичної культури*

Постановка проблеми. Ушкодження опорно-рухового апарату супроводжується функціональними розладами, які зумовлюють тривалу втрату працездатності, а в багатьох випадках призводять до інвалідності. За даними лікарсько-трудової експертизи у 26,1% випадків інвалідність спричиняють не морфологічні, а функціональні зміни [2,3].

Переломи стегнової кістки становлять 10% усіх переломів кісток скелета і належать до тяжких травм (А.П.Олекса 1993, 1996).

На сьогоднішній день лікарі надають перевагу оперативному методу лікування, що створює оптимальні умови для зрощення перелому. Це дозволяє раніше використовувати дозовані навантаження і значно зменшує терміни перебування хворого в ліжку.

Залежно від локалізації та типу перелому, від методу оперативного втручання пацієнтам з оперованим переломом стегнової кістки у післяопераційний період не можна давати осьового навантаження на уражену кінцівку від одного місяця до шести.