

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 між'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

ЕЛИЗАВЕТА ПЛЮТА

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.

Дані літератури свідчать, що 32% осіб після оперованого перелому, стегнової кістки залишаються залежними в побуті протягом 3-6 місяців (А.Н.Белова 1998).

У вітчизняній літературі зазначається, що одним із завдань реабілітації пацієнтів з переломом стегнової кістки є навчання переміщень та ходи з допоміжними засобами, але не описані методики навчання цих елементів та способи підбору допоміжних засобів [2,3].

Це свідчить про актуальність проблеми і потребу у розробці плану навчання переміщень.

Метою дослідження є розробити план навчання переміщень осіб після оперованого перелому стегнової кістки.

Переміщення – це низка послідовних рухів одного місця до іншого або зміна положення тіла на тому ж місці [1].

Рання мобілізація пацієнтів з переломами стегнової кістки після операції впливає на швидкість відновлення втрачених функцій.

До моменту виписки з лікарні пацієнт повинен засвоїти основні рухові дії необхідні для самообслуговування та самостійного пересування.

Навчання руховим діям повинно проходити в такій послідовності:

- перехід з положення лежачи у положення сидячи;
- перехід з положення лежачи у положення сидячи з опущеними ногами;
- перехід з положення сидячи у положення стоячи;
- ходьба з допоміжними засобами.

У перші дні після операції потрібно розпочинати заняття та паралельно із вирішенням багатьох завдань фізичної реабілітації потрібно акцентувати на навчання рухових дій, необхідних для самообслуговування [1,4].

Першим етапом є перехід з положення лежачи у положення сидячи (з прямими ногами). Це переміщення потрібно виконувати в перші дні після операції, що буде позитивно впливати і на вегетативну систему. Важливо, щоб пацієнт навчився сідати без сторонньої допомоги.

Другим етапом є перехід з положення лежачи у положення сидячи з опущеними ногами. Існує два способи даного переміщення:

- 1) пацієнт сідає у ліжку з прямими ногами і потім повертаючись опускає обидві ноги на підлогу;
- 2) пацієнт повертається на бік, опускає ноги і відтискаючись руками переходить у положення сидячи.

Особливостями цих переміщень для даного контингенту хворих є те, що пацієнтам не можна повертатися на уражений бік та сідати через оперовану сторону.

Коли пацієнт опускає ноги з ліжка він повинен здоровою ногою підтримувати хвору, виконуючи це без різких рухів.

Третім етапом є перехід з положення сидячи у положення стоячи.

Даному переміщенню передують підбір допоміжних засобів для компенсації тимчасово втраченої функції або назавжди. Допоміжні засоби призначають для покращення рівноваги і забезпечення опори при стоянні й ході [1,4]. Для осіб з переломом стегнової кістки рекомендують милиці (різних видів) або ходунці

(рама-трапеція).

Милиці рекомендують особам юнацького та зрілого віку, що можуть краще утримувати рівновагу та переходити у вертикальне положення з мінімальною допомогою рук. Ходунці краще підходять особам похилого віку. Вони забезпечують хорошу рівновагу та не потребують значної сили верхніх кінцівок.

Вертикалізація пацієнта є ключовим етапом переміщення. Пацієнт повинен навчитися самостійно вставати, утримувати рівновагу та повертатися у положення сидячи. Коли пацієнт може безпечно, самостійно стояти 3-5 хвилин можна переходити до навчання ходьби з допоміжними засобами.

Фізичний реабілітолог повинен підібрати засіб пересування відповідно функціональних можливостей пацієнта та навчити правильно користуватися ним.

Під час ходьби заборонено давати осьове навантаження на оперовану кінцівку. Тому уражена кінцівка має бути дещо зігнута в кульшовому та колінному суглобах і пацієнт повинен її утримувати в такому положенні.

На всіх етапах навчання переміщень потрібно контролювати стан пацієнта: міряти пульс і артеріальний тиск до та після навантаження, спостерігати за зовнішніми ознаками.

Висновок. Навчання переміщень осіб після оперованого перелому стегнової кістки є важливим етапом фізичної реабілітації. Воно повинно проходити в певній послідовності враховуючи індивідуальні особливості пацієнта, тип та локалізацію перелому, метод оперативного втручання.

Література:

1. Гері Окамото *Основи фізичної реабілітації/ Перекл. з англ. - Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. - 294с.*
2. *Лікувальна фізкультура та спортивна медицина/ Кланчук В.В., Дзяк Г.В., Муравов І.В. та ін., за ред. Кланчука В.В., Дзяка Г.В. - К.: Здоров'я, 2002 - 312с.*
3. Мухін В.М. *Фізична реабілітація*. - К.: Олімпійська література, 2000.- 422с.
4. Pierson F.M. *Principles and technicnes of Patient Care.* - Washington, DC. 1994. - 268p.

ДОСВІД РОБОТИ З ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАВАННЯ ТА ЛФК З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ТА ШКІЛЬНОГО ВІКУ

ІГОР СОЛОМКО

Львівський обласний Благодійний фонд „Дітям майбутнє”

Робота проводиться в „Дзеркальному залі” та басейні СШ № 36 м. Львова з 2000 року. Групи формуються із дітей з порушеною поставою, це перша категорія (вони мають скерування від лікарів) та дітей, котрі хочуть навчитися плавати.